

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR MAUDE DESROSIERS

OBSTACLES ET FACILITATEURS À L'INTÉGRATION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE AU
SEIN D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier les ergothérapeutes ayant accepté de participer à cette étude, ainsi que tous ceux qui ont démontré leur intérêt. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible.

Ensuite, j'aimerais remercier madame Lyne Desrosiers de m'avoir aidé à amener ce projet plus loin que je ne l'aurais cru grâce à ses précieux conseils, au partage de son expérience et à son aide pour mettre de l'ordre dans mes idées. J'aimerais aussi remercier madame Nancy Gilbert pour la révision de mon essai et de m'avoir fait bénéficier de son expérience en m'offrant des suggestions utiles. Également, j'aimerais remercier Valérie Chatelois de m'avoir aidé dans la rédaction de mon essai en me laissant m'inspirer de son propre travail. Tu m'as permis de commencer ma rédaction de la bonne façon, merci de m'avoir fait profiter de ton expérience et de tes efforts! De plus, j'aimerais remercier Nadine Desrosiers, ma mère, pour avoir assuré la qualité du français de ce texte et m'avoir inspirée tout au long de mon travail grâce à des suggestions pertinentes.

Merci aussi à ma famille et mes amis de m'avoir supportée non seulement au cours de la rédaction de mon essai, mais aussi tout au long de mon cursus en ergothérapie. Je ne pourrai jamais vous remercier assez! J'aimerais finalement remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à mon essai par le partage de leurs idées ou par leurs encouragements.

Merci pour tout!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ	7
ABSTRACT	9
1. INTRODUCTION	11
2. PROBLÉMATIQUE.....	13
3. RECENSION DES ÉCRITS.....	14
3.1 Les défis entraînés par les troubles de santé mentale	14
3.2 Le rôle des ergothérapeutes dans le domaine de la santé mentale.....	15
3.3 La répartition des services de santé mentale sur la Côte-Nord.....	16
3.4 La collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire.....	17
3.5 Les défis d'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de santé mentale	17
4. CADRE CONCEPTUEL	21
4.1 Définition du concept d'interdisciplinarité.....	22
4.2 Définition des étapes de formation d'une équipe	23
4.3 Intégration du changement.....	25
4.4 Leadership	27
4.5 Facteurs influençant le travail en équipe dans le système de santé canadien.....	28
5. MÉTHODOLOGIE	30
5.1 Devis de recherche.....	30
5.3 Participants.....	30
5.4 Méthode d'échantillonnage	31
5.5 Procédure de recrutement.....	31
5.6 Collecte de données	32
5.7 Analyse des données.....	32
5.8 Considérations éthiques	33
6. RÉSULTATS	34
6.1 Modèle de l'intégration des ergothérapeutes.....	34
6.2 Facteurs personnels liés à l'ergothérapeute	36
6.2.1 Identité professionnelle.....	37
6.2.2 Compétences personnelles et professionnelles.....	38
6.3 Contexte d'arrivée de l'ergothérapeute.....	39
6.3.1 Dynamiques internes de l'équipe	39
6.3.1.1 Relations présentes entre les membres.....	39
6.3.1.2 Réactions des membres face à l'arrivée de l'ergothérapeute	41

6.3.1.3 Connaissances de la profession d'ergothérapeute	43
6.3.2 Les règles formelles et informelles du milieu	45
6.3.3 Concomitance de l'arrivée de l'ergothérapeute avec d'autres changements.....	46
6.3.4 L'isolement professionnel.....	47
6.4 Stratégies mises en place par l'ergothérapeute.....	47
7. DISCUSSION.....	51
7.1 Milieu de travail.....	51
7.2 Premiers contacts	51
7.3 Dynamiques internes de l'équipe et les réactions face au changement.....	54
7.4 Compréhension de la nature de l'ergothérapie	55
7.5 Stratégies et leadership	56
7.6 Limites de l'étude.....	59
7.7 Retombées.....	59
8. CONCLUSION	61
RÉFÉRENCES.....	62
ANNEXE A... LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE.....	66
ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE.....	70
ANNEXE C CERTIFICATION ÉTHIQUE.....	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Cadre conceptuel.	19
Figure 2.	Étapes de formation d'un groupe	21
Figure 3.	Les 7 phases de préoccupations du destinataire	23
Figure 4.	Contexte d'arrivée de l'ergothérapeute	32
Figure 5.	Bouleversement créé par l'ergothérapeute	33
Figure 6.	Intégration optimale de l'ergothérapeute dans l'équipe.....	34
Figure 7.	Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada	61

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association des ergothérapeutes du Canada

CAOT : Canadian association of occupational therapists

CLSC : Centre local de services communautaires

ISQ : Institut de la statistique du Québec

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

RÉSUMÉ

Problématique : Les ergothérapeutes apportent une contribution pertinente aux soins offerts à la clientèle en santé mentale grâce à leur expertise unique. Cependant, bien que l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) reconnaisse l'importance du travail d'équipe pour offrir des soins de qualité supérieure aux clients, seulement 6% des ergothérapeutes travaillent dans le domaine de la santé mentale au Québec. Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent les difficultés que vivent certains ergothérapeutes à faire leur place au sein des équipes interdisciplinaires en santé mentale. Toutefois, peu d'écrits existent pour décrire les stratégies qui favorisent le succès de l'intégration des ergothérapeutes dans ces équipes. **Objectif** : Comprendre comment des ergothérapeutes en santé mentale du Québec ont intégré et fait valoir leur place dans une équipe interdisciplinaire où leur profession en était auparavant absente. **Cadre conceptuel** : Les éléments qui influencent la collaboration entre les membres d'une équipe ont été définis, soit la maturité d'un groupe, la façon dont les membres de l'équipe gèrent un changement, et les capacités de leadership de l'ergothérapeute pour mettre en place un changement. **Méthodologie** : Une méthode de type théorisation ancrée avec un devis d'étude de cas multiples ont été utilisés dans le cadre de cette étude. Quatre entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès d'ergothérapeutes ayant été le premier professionnel en ergothérapie dans une équipe en santé mentale afin d'identifier les facilitateurs et les obstacles à leur intégration. **Résultats** : Les analyses réalisées ont démontré que les éléments suivants influencent l'intégration des ergothérapeutes dans les équipes en santé mentale : le contexte d'arrivée de l'ergothérapeute, les facteurs personnels de l'ergothérapeute et les stratégies mises en place par l'ergothérapeute pour s'intégrer. Il a été démontré que l'arrivée de l'ergothérapeute bouleverse les façons de travailler déjà en place, ce qui pousse l'équipe à adopter un nouveau fonctionnement afin d'inclure la contribution d'une nouvelle profession. **Discussion** : Les résultats suggèrent que les participantes ayant utilisé les stratégies d'intégration efficaces démontraient aussi un certain leadership. De plus, les équipes qui témoignaient d'un fort désir de fournir les meilleurs soins possibles à la clientèle semblaient avoir trouvé une façon plus optimale de fonctionner avec ce nouveau membre. Finalement, la majorité des participantes traduisaient une difficulté à définir leur identité professionnelle, ce qui entravait possiblement leur intégration dans l'équipe. **Conclusion** : Étant donné le faible échantillon de participants, il n'est pas possible d'affirmer que tous les obstacles et facilitateurs à l'intégration des équipes en santé mentale ont été identifiés. Davantage de recherches seront nécessaires pour évaluer l'efficacité des stratégies proposées et leurs impacts réels sur l'intégration des ergothérapeutes. Cependant, les résultats obtenus permettent de débiter une réflexion sur les besoins de formation des ergothérapeutes, par exemple au niveau du leadership ou la communication, afin de soutenir leurs habiletés à développer des pratiques émergentes. Finalement, cette étude permet de normaliser l'expérience vécue par les ergothérapeutes qui vivent des situations similaires.

Mots-clés : Ergothérapeute, leadership, intégration, santé mentale, facilitateur, obstacle.

ABSTRACT

Issue : Occupational therapists provide a relevant contribution to the services offered to mental health clients, through their unique expertise. However, although the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) recognizes the importance of teamwork to provide a higher quality of services to patients, only 6% of occupational therapists practice in the field of mental health in the province of Quebec. In addition, several authors point out the difficulties experienced by some therapists when trying to make their mark in interdisciplinary mental health teams. However, few studies exist to describe strategies that promote successful integration of occupational therapists in these teams. **Objective** : To understand how mental health occupational therapists in the province of Quebec have successfully integrated an interdisciplinary team in which this professional discipline was previously absent. **Conceptual Framework** : Elements influencing collaboration among team members were defined, which are : the maturity of a group (Schermerhorn, Hunt, Osborn and Billy, 2010), how team members manage change (Bareil, 2004), and the leadership skills of occupational therapists that favorise their integration (Barker Dunbar, 2009). **Methodology** : A grounded theory approach with a multiple case study design was used in this study. A semi-structured interview was conducted with four occupational therapists who were the first of this discipline to join an interdisciplinary team. **Results** : The analysis has shown that several factors influence the integration of occupational therapists in mental health teams : the context of arrival, which includes the team dynamics, its formal and informal rules, the changes experienced by the team members at the same time, and the professional isolation that the occupational therapist experiment; the personal factors of the occupational therapist, which include the personal and professional's skills and the capacity of explaining their professional identity; and finally the strategies used by the occupational therapist to facilitate the integration. It has been shown that the arrival of the occupational therapist in the team disrupts the actual team functioning to implement a new one, which includes the contribution of a new profession. **Discussion** : This study demonstrates that the participants who used the most effective integration strategies are also therapists who possess strong leadership skills. In addition, teams that demonstrate a strong desire to provide the best possible care to patients are those who easily found the optimal way to work with this new member. Finally, it appears that occupational therapists have difficulty explaining their professional identity. **Conclusion**: Given the small sample of participants, it is not possible to assert that all the barriers and facilitators to the integration of occupational therapists in mental health teams have been identified. In addition, more research is needed to assess the effectiveness of the strategies and the real impact of each facilitator and obstacle on the integration of occupational therapists. However, the results obtained allow to start a reflexion about occupational therapists training needs to facilitate their integration in new areas, such as training in leadership and communication. Finally, this study helps to normalize the experience of other therapists who are experiencing similar situations.

Key words : Occupational therapist, integration, leadership, mental health, facilitators, obstacles.

1. INTRODUCTION

Le territoire de la Côte-Nord s'étend sur 236 502 kilomètres (Institut de la Statistique du Québec, 2015) et compte 93 932 résidents au total, ce qui représente 1,14% de la population totale du Québec (ISQ, 2016). Plusieurs services de santé et services sociaux sont offerts à la population, et sont situés majoritairement à Baie-Comeau et à Sept-Îles. En effet, ces deux villes rassemblent à elles seules la moitié de la population de la Côte-Nord (ISQ, 2015). Selon l'ISQ (2016), le ratio de professionnels de la santé par habitant se situe légèrement au-dessus de la moyenne des différentes régions du Québec. Par exemple, on y retrouve 2,51 médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1000 habitants, alors qu'on en retrouve 1,55 dans la région administrative de Laval. Toutefois, comme le souligne l'ISQ (2016), les habitants des régions qui entourent les grands centres urbains, tel que Québec ou Montréal, ont un accès rapide à une grande disponibilité de spécialistes, d'équipements spécialisés et autres services très spécifiques qu'il est parfois difficile d'offrir dans de petits hôpitaux régionaux. En conséquence, les habitants de la Côte-Nord se voient dans la nécessité d'obtenir plusieurs soins médicaux spécialisés, hors de leur région dans des grands centres urbains. À titre d'exemple, les résidents de Baie-Comeau doivent réaliser environ cinq heures de déplacement en automobile avant d'arriver à Québec.

À la lumière de ces informations, on comprend qu'il y a beaucoup de services médicaux et de services sociaux qui sont à développer dans cette région. D'ailleurs, dans certains domaines de santé, il n'est pas possible d'avoir accès à un professionnel, comme des services d'ergothérapie en santé mentale pour les habitants de la Côte-Nord. En effet, parmi les ergothérapeutes travaillant sur la Côte-Nord, aucun d'entre eux ne pratique dans le domaine de la santé mentale (OEQ, 2015). Cependant, la pertinence de l'ergothérapie auprès des gens vivant des problématiques de santé mentale a été démontrée par plusieurs auteurs (Brunero, Kelly et Lamont (2010), Foruzandeh et Parvin (2013), Arbesman et ses collègues (2011), Brown (2012), Brown et Stoffel (2011)).

Lorsqu'on s'intéresse au développement des services d'ergothérapie pour les personnes vivant des problématiques de santé mentale, la littérature démontre que plusieurs ergothérapeutes rencontrent des défis lorsqu'il s'agit de s'intégrer dans une équipe de soins du domaine de la santé mentale (Fortune et Fitzgerald (2009), Duffy et Nolan (2005), Mackenzie et Smith (2011), Maddock (2015)). Toutefois, peu d'études s'intéressent aux stratégies efficaces mises en place par les ergothérapeutes pour intégrer avec succès ces équipes. La présente étude s'intéresse donc aux stratégies utilisées par des ergothérapeutes du Québec qui ont intégré avec succès une équipe en santé mentale où il n'y avait pas de poste en ergothérapie auparavant.

D'abord, la problématique sera exposée plus en détail. Puis, une recension des écrits présentera une revue de la littérature sur les sujets des défis rencontrés au quotidien par les personnes souffrant d'une problématique de santé mentale, de l'efficacité des interventions en ergothérapie auprès de cette clientèle, de la répartition des services en santé mentale sur la Côte-Nord, ainsi que des écrits actuels sur la collaboration interprofessionnelle entre les ergothérapeutes et les membres de leurs équipes et les défis rencontrés dans l'intégration des ergothérapeutes au sein des équipes en santé mentale. L'objectif de l'étude sera présenté dans cette section. Ensuite, le cadre conceptuel sur lequel se base ce projet de recherche sera décrit. Puis, le cadre méthodologique de l'étude sera présenté, ainsi que les résultats obtenus. Une discussion sur ces résultats s'en suivra, où ces derniers seront critiqués en regard de la littérature existante sur le sujet. Les limites de l'étude y seront aussi énoncées. Pour terminer, une conclusion résumera le contenu de cet essai et énumèrera les retombées possibles pour la pratique des ergothérapeutes et les recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

Plusieurs auteurs soulignent la contribution bénéfique des ergothérapeutes auprès des personnes vivant des problématiques de santé mentale (Brunero, Kelly et Lamont (2010), Foruzandeh et Parvin (2013), Arbesman et ses collègues (2011), Brown (2012), Brown et Stoffel (2011)). En effet, l'expertise des ergothérapeutes qui permet de faciliter la réalisation des occupations importantes pour la personne (Brown (2012), Brown et Stoffel (2011)) est particulièrement pertinente auprès de cette clientèle, puisque les troubles de santé mentale engendrent bien souvent un appauvrissement de ces occupations (Brown, 2012). De plus, en 2006, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), reconnaît non seulement que le travail des ergothérapeutes auprès de cette clientèle est essentiel, mais souligne aussi l'importance de travailler en équipe afin d'offrir des soins d'une qualité supérieure aux usagers.

Étant donné la contribution unique de cette discipline auprès de personnes souffrant de problématiques de santé mentale ainsi que l'efficacité reconnue de la collaboration interdisciplinaire, les auteurs concluent que la présence des ergothérapeutes dans les équipes de santé mentale au Québec est souhaitable. Malgré tout, il y a peu d'ergothérapeutes québécois qui travaillent dans ce domaine. Selon l'OEQ (2012), ces derniers représentent 11,1 % du nombre total d'ergothérapeutes au Québec. Cette faible présence pourrait s'expliquer en partie par les difficultés que vivent certains ergothérapeutes à s'intégrer au sein des équipes interdisciplinaires en santé mentale (Fortune et Fitzgerald (2009), Duffy et Nolan (2005), Mackenzie et Smith (2011), Maddock (2015)). Cependant, on constate que plusieurs ergothérapeutes du Québec ont réussi à faire leur place avec succès au sein de leur équipe de travail. Peu d'écrits scientifiques décrivent quelles sont les stratégies mises en place par ces ergothérapeutes pour développer une collaboration efficace avec leurs collègues et quels sont les facteurs qui mènent à une expérience réussie ou non.

3. RECENSION DES ÉCRITS

La section suivante présente une revue de la littérature qui permettra d'approfondir les aspects qui ont été abordés dans la problématique : quels sont les défis dans la réalisation des activités quotidiennes rencontrés par les personnes souffrant de troubles de santé mentale et le rôle de l'ergothérapeute face à ceux-ci, quelle est la répartition des services de santé mentale au Québec et quels sont les défis rencontrés par les ergothérapeutes lors de leur intégration au sein des équipes en santé mentale.

3.1 Les défis entraînés par les troubles de santé mentale

Tel que mentionné précédemment, la reprise des activités de la vie quotidienne a été identifiée comme étant l'un des éléments les plus importants du processus de réadaptation suite à un épisode aiguë de la maladie par les personnes ayant souffert d'une problématique de santé mentale. En Angleterre, le programme GROW est une organisation non gouvernementale qui offre du support pour les personnes souffrant d'une problématique de santé mentale sévère. Brunero, Kelly et Lamont (2010) ont réalisé une étude auprès d'anciens participants de ce programme. Ces derniers mentionnent que leur séjour à l'hôpital a été caractérisé par un manque d'opportunités occupationnelles, ce qui représente une des barrières à leur rétablissement. En effet, ils expliquent que le fait de posséder une routine et de s'engager dans des occupations sont des éléments ayant favorisé leur remise sur pieds dans les premiers temps qui suivent un épisode de crise, mais que le contexte hospitalier offre peu d'opportunités de reprendre leur routine quotidienne ou de participer à des activités qui ont un sens pour eux. Foruzandeh et Parvin (2013) suggèrent que la médication et les interventions habituelles des infirmières réduisent les symptômes négatifs (symptômes qui représentent une diminution des activités ou des réactions (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2016)) des usagers schizophrènes de façon encore plus importante lorsqu'elles sont combinées aux interventions en ergothérapie. Dans la revue de littérature réalisée par Arbesman et ses collègues (2011), il est ressorti que les

interventions en ergothérapie améliorent de façon significative la participation sociale des usagers présentant une maladie mentale sévère ainsi que les habiletés permettant de réaliser les activités de la vie quotidienne. Des personnes souffrant de troubles de santé mentale graves ayant participé à l'étude de Minato (2006) au Japon et de Haertl (2006) aux États-Unis ont souligné lors d'entrevues, l'importance pour eux de réaliser des occupations signifiantes, normalisantes et permettant de contribuer à la société. D'autres entrevues réalisées en Suisse par Carlsson, Ivarsson et Sidevall (2004), démontrent que les participants, souffrant eux aussi d'un trouble de santé mentale sévère, ont rapporté éprouver de grandes difficultés dans la réalisation de leurs loisirs et dans leurs activités productives et des difficultés légères dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.

3.2 Le rôle des ergothérapeutes dans le domaine de la santé mentale

Les défis occupationnels mentionnés précédemment entravent le fonctionnement quotidien des personnes souffrant d'une problématique de santé mentale, et amènent bien souvent la personne à connaître un appauvrissement au niveau des rôles (Brown, 2012). C'est pourquoi les ergothérapeutes ont un rôle important à jouer auprès de cette clientèle. En effet, leur expertise permet d'aider le client à identifier quels rôles (parent, travailleur, ami ou autre) donnent un sens à sa vie et de l'accompagner dans la reprise de ceux-ci (Brown, 2012). Il peut en effet être compliqué de réaliser des occupations normalisantes ou de contribuer à la société lorsqu'on fait face à des symptômes complexes tels que l'avolition (incapacité à initier et poursuivre des activités dirigées vers un objectif (Psychomedia, 2015)) ou l'anhédonie (difficulté à ressentir du plaisir ou un intérêt envers quelque chose (Psychomedia, 2015)). Toutefois, Brown (2012) soutient que ce sont ces rôles, ces habitudes et ces routines qui composent notre existence et qui favorisent le maintien des personnes dans la communauté. La vision holistique prônée en ergothérapie permet de considérer comment les valeurs, les croyances, les intérêts ou la motivation de l'individu vont influencer la réalisation de ses occupations et le déroulement de son rétablissement (Brown, 2012). Leur connaissance de l'occupation permet d'adapter l'environnement et les exigences des activités aux

capacités de leurs clients, qui sont uniques d'une personne à l'autre malgré des diagnostics similaires (Brown, 2012). Selon Brown et Stoffel (2011), la contribution particulière de l'ergothérapeute dans l'équipe de soins est la compréhension de l'impact de la maladie sur l'habilité de la personne à réaliser ses occupations significatives. Les connaissances de l'ergothérapeute au sujet des besoins cognitifs et sensoriels des usagers sont aussi un atout précieux pour déterminer le traitement le plus approprié à offrir ainsi que l'approche idéale de fin de traitement.

Tel que mentionné précédemment, les personnes hospitalisées en raison de problématiques de santé mentale rencontrent des difficultés importantes dans la réalisation de leurs occupations. Toutefois, il y a peu d'ergothérapeutes occupant des postes à l'intérieur des équipes de santé mentale au Québec malgré leur contribution unique. Puisque la profession d'ergothérapeute repose entre autres sur les valeurs de participation occupationnelle et de justice occupationnelle (OEQ (2015)), il est du rôle de l'ergothérapeute de s'assurer que l'environnement des personnes leur offre des opportunités occupationnelles appropriées à leurs capacités, et d'adapter les occupations en fonction des habiletés de la personne (OEQ, 2009). Il est donc essentiel de sensibiliser les établissements de santé à l'importance de l'ergothérapie en santé mentale.

3.3 La répartition des services de santé mentale sur la Côte-Nord

Le territoire de la Côte-Nord compte 40 ergothérapeutes, ce qui représente 0,8% de l'ensemble des ergothérapeutes au Québec (OEQ, 2015). Lorsque ce nombre est comparé au nombre d'ergothérapeutes par habitant des autres régions administratives du Québec, on remarque que la proportion d'ergothérapeutes de la Côte-Nord est similaire aux autres régions. Cependant, aucune des ergothérapeutes de la Côte-Nord n'offre de services dans le domaine de la santé mentale. L'absence d'ergothérapeutes dans ces services ne signifie toutefois pas que la population ne présente pas de besoins. Les prévalences relatives de troubles schizophréniques, de troubles anxio-dépressifs et de l'ensemble des troubles mentaux pour cette région sont respectivement

de 0,3%, 5,6% et 9% de la population (Emond et Lesage, 2012). Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux que l'on retrouve dans la population en général, toutefois tel que mentionné précédemment, l'accès restreint à certains services et à des spécialistes a peut-être joué un rôle dans le dépistage et le diagnostic des personnes présentant un trouble de la santé mentale. En effet, les habitants de certains villages de la Côte-Nord sont situés très loin des centres hospitaliers.

3.4 La collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire

Le système de santé canadien actuel encourage le travail d'équipe entre les professionnels, surtout auprès d'usagers présentant une problématique complexe (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). L'ACE (2006) définit une équipe interdisciplinaire comme étant composée d'au moins deux professionnels de la santé de disciplines différentes qui assistent les clients, les familles et la communauté à l'aide de leur expertise unique et de leurs connaissances. Aussi, l'ACE reconnaît l'importance de la promotion de l'acquisition de compétences interdisciplinaires en soins de santé mentale. En effet, elle est signataire de la Charte canadienne de collaboration en santé mentale (2006), qui stipule que « tous les résidents canadiens ont droit à des services de santé mentale fournis en collaboration, de manière efficace et au moment opportun ». Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (2010) souligne que le travail interdisciplinaire permet de répondre de façon à prévenir, traiter ou aider la personne à gérer des problématiques complexes de santé.

3.5 Les défis d'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de santé mentale

De nombreuses études menées en Australie et en Angleterre ont souligné qu'il existe plusieurs tensions à l'intérieur d'équipes interdisciplinaires sur les unités de psychiatrie. Puisque le contexte de pratique de ces pays est similaire au contexte canadien, leurs résultats fournissent des indices intéressants pour comprendre les relations entre les professionnels et les défis qui doivent être surmontés dans les équipes canadiennes. Une étude de Fortune et Fitzgerald (2009) auprès d'une équipe

interdisciplinaire dans une unité de psychiatrie d'un hôpital australien fait ressortir que les infirmières rapportent ne pas comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'équipe. En plus, elles affirment que ces derniers ont de la difficulté à définir leur rôle et expliquer le bénéfice de leurs interventions. Cet élément a aussi été mis en lumière dans plusieurs autres recherches. Duffy et Nolan (2005) ont questionné 63 ergothérapeutes afin de comprendre leur pratique en santé mentale. Le fait que les autres professionnels comprennent mal le rôle des ergothérapeutes représente, selon les auteurs, la principale source de frustration des ergothérapeutes dans leurs relations avec leurs collègues. À partir d'entrevues auprès d'infirmières australiennes, Mackenzie et Smith (2011) ont trouvé que ces dernières saisissent mal dans quel contexte il est approprié de référer un usager en ergothérapie. Elles disent mal comprendre quels sont les résultats auxquels elles doivent s'attendre. Elles ont même affirmé avoir le sentiment de devoir deviner comment agir avec un ergothérapeute. Toujours dans cette étude, les infirmières ont mentionné sentir que les ergothérapeutes menaçaient leur territoire et leur champ d'expertise, notamment en raison des limites imprécises entre les rôles de chaque profession. Maddock (2015) a publié une étude de cas présentant la dynamique d'une équipe interdisciplinaire en milieu hospitalier irlandais. Il souligne que les visions différentes qu'adopte chaque profession ont mené à créer des alliances à l'intérieur de l'équipe au détriment de certains membres, nuisant ainsi à son fonctionnement. De plus, les définitions floues des rôles de chaque membre ont créé une inégalité au sein de l'équipe pour favoriser l'infirmier, qui passe la plus grande partie de son temps avec l'usager. En effet, Maddock a observé que celui-ci a revendiqué plusieurs des actes et des tâches qui relèvent de ses collègues en profitant du manque de clarté dans la définition des rôles.

Sur une note plus positive, Kimball-Carpenter et Smith (2013) ont publié une étude de cas décrivant comment une équipe interdisciplinaire en clinique externe d'ergothérapie aux États-Unis a su composer avec les forces de chaque professionnel afin de coanimer un groupe d'art auprès de personnes âgées. Les conclusions de l'étude démontrent que les expériences variées de chaque membre de l'équipe ont

permis d'enrichir l'expérience de groupe. De plus, les auteurs soulignent que le fait d'animer en équipe a permis de développer la reconnaissance de la contribution et de l'importance de l'ergothérapie auprès des autres membres de l'équipe.

Étant donné l'abondance de la littérature au sujet de la confusion qui règne parmi les professionnels au sein des équipes interdisciplinaires en santé mentale, il serait pertinent de comprendre comment certains ergothérapeutes y font leur place avec succès. Alors que l'on retrouve plusieurs écrits décrivant les enjeux de la définition des rôles et des tâches des professionnels d'une même équipe de soins en santé mentale, peu de documents fournissent du support aux ergothérapeutes qui doivent s'intégrer dans des nouveaux milieux. En effet, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec n'a publié aucun document pour faciliter l'intégration de ses membres dans les équipes en question. Pour sa part, l'Association canadienne des ergothérapeutes a publié un cadre conceptuel qui aide à construire sa pratique en soins de santé de première ligne. Bien qu'utile, ce document s'adresse principalement aux ergothérapeutes désirant travailler dans les groupes de médecine familiale et non dans les unités de psychiatrie. Également, on retrouve plusieurs publications dans le domaine de la gestion sur l'implantation d'un changement qui pourraient guider les ergothérapeutes. Cependant, ces documents ne sont pas appliqués au contexte particulier que l'on retrouve dans les équipes interdisciplinaires en santé mentale. Finalement, au Québec, la confusion des professionnels en regard des rôles de chacun dans les équipes de santé mentale a mené à l'adoption de la Loi 28 (aussi connu sous le nom de Projet de loi 21) : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Office des professions, 2013). Celui-ci fournit une description des activités réservées de huit des professionnels du domaine de la santé mentale, dont les ergothérapeutes (Office des professions, 2013).

La présente étude vise donc à comprendre comment des ergothérapeutes en santé mentale du Québec ont intégré et fait valoir leur place dans une équipe interdisciplinaire où cette discipline était auparavant absente. Cela permettra de

dégager des balises et des stratégies pour aider les ergothérapeutes à implanter des services dans de nouveaux milieux.

4. CADRE CONCEPTUEL

Cette étude vise à comprendre les éléments qui influencent l'intégration d'un ergothérapeute au sein d'une équipe de santé mentale au Québec où il n'y avait auparavant pas de membres de cette discipline. Ainsi, le cadre conceptuel de cette étude a été élaboré à partir des divers éléments identifiés dans la littérature comme ayant un impact sur la collaboration entre les membres d'une équipe. Tout d'abord, la collaboration dans les équipes interdisciplinaires est influencée entre autres par la façon dont une équipe évolue à travers les étapes de formation d'un groupe pour devenir mature. De plus, la collaboration entre les professionnels est influencée par la façon dont chacun des membres gère les changements auxquels ils font face. Aussi, la littérature suggère que les personnes faisant preuve de leadership s'intègrent plus facilement dans une nouvelle équipe. Finalement, la collaboration au sein des équipes interdisciplinaires du système de santé canadien est influencée par des facteurs qui sont propres à leur contexte de pratique. Cette section décrit plus en détail les concepts identifiés, et la Figure 1 ci-dessous illustre les relations entre ces concepts.

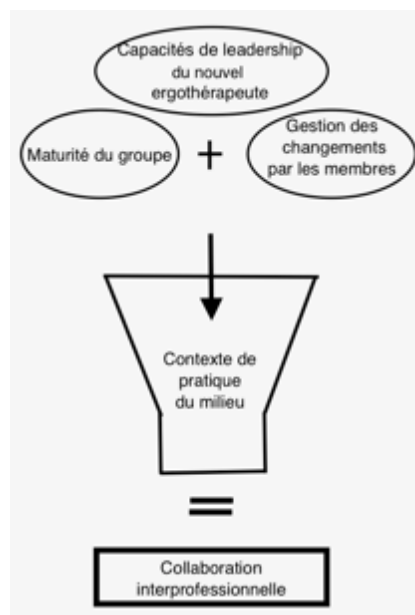


Figure 1 : Cadre conceptuel

4.1 Définition du concept d'interdisciplinarité

Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006), une équipe interdisciplinaire est un ou plusieurs professionnels qui travaillent régulièrement de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients. Il est possible de retrouver plusieurs types d'équipes au sein du système de santé actuel, en fonction des besoins, des services offerts et des clients. Ces différents types d'équipes comportent des degrés variables d'interactions et d'interdépendance entre les professionnels qui la composent. Selon Barker Dunbar (2009), on retrouve quatre types d'équipes. Le premier type d'équipe est l'équipe unidisciplinaire. Dans cette équipe, les membres appartiennent tous à la même discipline. Dans le second type d'équipe, l'équipe multidisciplinaire, les membres sont des professionnels qui appartiennent à des disciplines différentes. Ils interagissent peu entre eux; les évaluations et les plans d'interventions sont réalisés de façon individuelle. Les plans d'interventions de chaque professionnel ont peu d'influence sur ceux de leurs collègues, mais tous les professionnels travaillent vers un but commun. Le troisième type d'équipe est l'équipe transdisciplinaire. Dans ces équipes, il existe un grand chevauchement entre les rôles des différents membres de l'équipe, laissant place à des zones grises. C'est-à-dire que les évaluations sont réalisées en équipe, comme les plans d'interventions. En effet, les membres de l'équipe partagent un terrain et un langage commun. Toutefois, les rôles habituellement réservés à une profession particulière sont partagés par les différents membres de l'équipe, qui utilisent le meilleur de leurs capacités pour répondre aux besoins complexes d'un client.

Finalement, le dernier type d'équipe est l'équipe interdisciplinaire, où les membres travaillent ensemble à la résolution de problématiques propres à un client commun. Selon Barker Dunbar (2009), le fonctionnement de ce type d'équipe est utile, car il permet de répondre aux besoins de certains cas complexes. En effet, les membres sont appelés à réaliser leurs évaluations de façon individuelle, mais ils se rencontrent régulièrement pour présenter et discuter leurs résultats. Lors de ces rencontres, ils décident à la fois de leurs objectifs et de la suite des interventions,

puisque'ils travaillent dans un but commun. Les démarches individuelles de chacun des membres de l'équipe ont donc une influence sur les interventions de leurs collègues. La présente étude s'intéresse aux équipes interdisciplinaires en raison de cette grande proximité entre les membres, qui force ces derniers à faire face aux zones grises que l'on retrouve entre certains corps professoraux.

4.2 Définition des étapes de formation d'une équipe

Tel que mentionné précédemment, la collaboration interprofessionnelle dans les équipes interdisciplinaires est influencée par l'évolution de l'équipe. Plus une équipe est mature, plus elle sera efficace (Schermerhorn, Hunt, Osborn, et de Billy, 2010). Schermerhorn, Hunt, Osborn, et de Billy (2010), affirment qu'une équipe traverse une série d'étapes, qui constituent des défis pour ses membres avant d'atteindre sa pleine maturité. Il s'agit, dans l'ordre, des étapes de constitution, de tumulte, de cohésion, de rendement et de dissolution (voir Figure 2). Voici une brève définition de chacune des étapes proposées par ces auteurs.

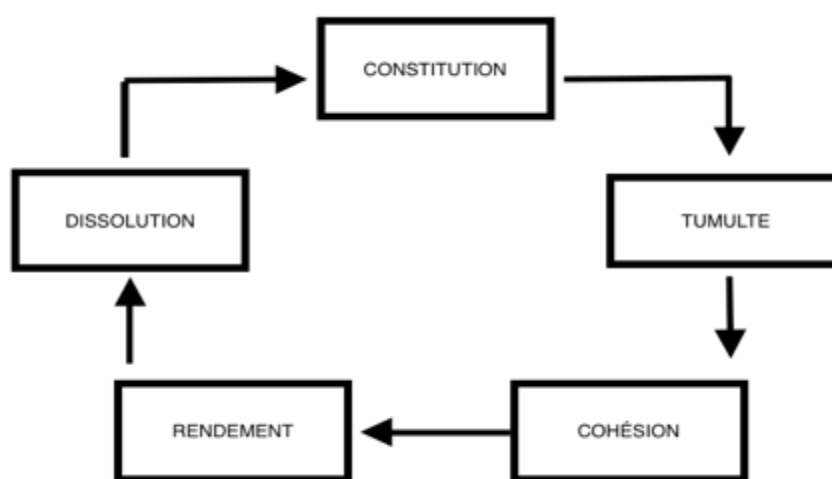


Figure 2 : Étapes de formation d'un groupe (inspiré de Schermerhorn, Hunt, Osborn, et de Billy, 2010)

La première étape de formation d'une équipe est l'étape de la constitution. Le défi est de pouvoir intégrer chaque professionnel dans l'équipe. Les professionnels qui

composent l'équipe cherchent à faire connaissance entre eux, à savoir ce que l'équipe a à lui offrir et à définir la raison d'être du groupe ainsi que ses règles de fonctionnement. La seconde étape est l'étape du tumulte. Elle marque le déclenchement des conflits internes de l'équipe. Cette dernière vit des tensions et parfois même une certaine hostilité entre ses membres, ce qui amène la structure de l'équipe à changer régulièrement. Chacun tente de s'imposer au sein du groupe en défendant ses opinions et chaque membre commence à comprendre et à accepter la façon de travailler de chaque professionnel. Au cours de cette étape, il est possible que des alliances se forment entre certains des professionnels. L'équipe doit trouver une façon d'atteindre ses objectifs, tout en répondant aux besoins individuels de ses membres.

C'est lors de l'étape suivante, la cohésion, que débute la vraie intégration des membres de l'équipe. En effet, ceux-ci parviennent à résoudre les conflits apparus au cours de la phase précédente, et ils s'efforcent de maintenir cette harmonie. Selon les auteurs, la consolidation de ces relations positives peut même passer au premier plan, au lieu de l'atteinte des objectifs du groupe et de l'accomplissement des tâches qui leur ont été confiées. Certains peuvent tenter de décourager les critiques à l'intérieur de l'équipe ou encore les opinions minoritaires afin de conserver la bonne entente.

C'est finalement à l'étape du rendement que le groupe atteint sa maturité et sa pleine efficacité. L'équipe est en mesure de résoudre les désaccords qui surviennent; elle peut aussi s'acquitter des tâches complexes qui lui sont confiées. Les professionnels sont généralement satisfaits du fonctionnement, et le défi qui leur reste est de s'adapter aux changements qui se présentent à eux. Puis, lorsque l'équipe a rempli la mission qui lui avait été confiée, elle doit être en mesure de se dissoudre, ce qui marque l'étape finale de formation d'une équipe.

4.3 Intégration du changement

En plus d'être influencée par la maturité de l'équipe, la collaboration entre les membres de l'équipe est aussi dépendante de la façon dont ces derniers acceptent un changement. En effet, l'intégration d'une nouvelle discipline professionnelle au sein d'une équipe amène un bouleversement des modes de fonctionnement en place, et chacun des membres acceptera ces changements de façon plus ou moins rapide, selon les cas. L'acceptation de la nouvelle situation peut ainsi être entravée par des résistances de la part des membres (Bareil, 2004). Selon Bareil (2004), une résistance au changement est « un résultat lié à un ensemble de manifestations observables, actives ou passives, individuelles ou collectives, qui entravent le processus du changement. » Selon celle-ci, ces résistances sont en fait le résultat de diverses préoccupations que les personnes qui vivent le changement, appelés les destinataires du changement, possèdent. La Théorie dynamique des préoccupations (Bareil, 2004) est présentée, ci-dessous (voir Figure 3). Celle-ci explique les étapes à franchir par les destinataires afin d'intégrer le changement. Ces étapes sont au nombre de sept. Il est possible pour un membre de l'équipe de vivre des préoccupations appartenant à plus d'une phase à la fois, bien que l'une d'entre elles prédomine.



Figure 3 : Les 7 phases de préoccupations du destinataire (inspirée de Bareil, 2004)

Au cours de la première étape, le destinataire n'a aucune préoccupation face au changement. Ceci peut être en raison du fait qu'il ne se sent pas concerné par le changement, ou encore parce qu'il est en état de choc et nie la réalité. Il peut aussi croire qu'il n'en a pas besoin, car pour lui, sa façon de travailler est déjà optimale. Peu importe la cause, la personne qui vit le changement conserve ses habitudes et réfléchit peu au changement à venir.

Au cours la phase deux (centrée sur le destinataire), le destinataire se préoccupe des effets du changement à son propre sujet. Il se dégage du statu quo, et peut ressentir de l'insécurité ou de l'inconfort. Il a souvent l'impression de perdre des éléments significatifs de son travail. En effet, il se questionnera sur les impacts du changement sur ses rôles, ses responsabilités, sur son nouveau degré d'autonomie, etc. C'est au cours de cette phase que le destinataire a des réactions qui ressemblent le plus à de la résistance au changement.

Lors de la troisième étape, le destinataire tourne ses préoccupations vers l'organisation. Cette dernière s'impliquera-t-elle dans la mise en œuvre du changement? La direction est-elle engagée dans ce nouveau projet? Le destinataire se demande si son investissement en temps et en énergie en vaut la peine. En effet, il s'inquiète des résultats du changement, de son efficacité à long terme, des bénéfices possibles qu'il en retirera ou non.

C'est finalement au cours de la quatrième étape que le destinataire s'intéresse à la nature du changement. En effet, il cherche à en connaître les caractéristiques : quelles sont les étapes de la mise en œuvre du projet? Quels sont les échéanciers? Est-ce réaliste? Le destinataire s'informe afin d'obtenir des précisions sur les différentes facettes du changement à venir.

La cinquième phase (préoccupations centrées sur l'expérimentation) est celle où le destinataire est ouvert à mettre en œuvre le changement. En raison de ce dernier, les

membres de l'équipe doivent apprendre à maîtriser de nouvelles fonctions et de nouvelles habiletés, ce qui peut les amener à ressentir un sentiment d'incompétence. D'ailleurs, à cette phase, le destinataire doute souvent de sa capacité à s'adapter au changement, tout comme de la capacité de tout le groupe concerné. Le destinataire se demande si l'organisation lui accordera le temps, le soutien et les conditions nécessaires à l'apprentissage de ses nouveaux rôles, il se demande quels efforts il devra déployer pour acquérir les nouvelles compétences...

Pour la plupart des destinataires, la phase six constitue l'étape finale de l'acceptation du changement. Au cours de cette étape (préoccupations centrées sur la collaboration), les membres de l'équipe appliquent le changement et cherchent à trouver des moyens de transférer le changement à d'autres personnes. Les destinataires collaborent avec leurs collègues. Ils partagent leur expérience, s'offrent des conseils, et échangent des connaissances pour peaufiner la mise en place du changement.

Tel que mentionné plus haut, seulement certains des destinataires vivent cette étape du changement. Il s'agit de perfectionner le changement en suggérant des améliorations; par exemple pour permettre une meilleure efficacité d'un procédé. Le destinataire cherche à assurer la pérennité du changement. Si des questionnements qui semblent appartenir à cette phase apparaissent avant l'application du changement, cela peut démontrer une résistance de la part des destinataires. En effet, ces derniers pourraient chercher à modifier le changement proposé afin de le faire à leur façon, sans nécessairement répondre aux besoins de l'organisation.

4.4 Leadership

À la lumière des recherches citées plus haut (Maddock (2015), Mackenzie et Smith (2011), Fortune et Fitzgerald (2009), Kimball-Carpenter et Smith (2013)), les ergothérapeutes ayant intégré les équipes interdisciplinaires plus facilement présentaient des caractéristiques liées au leadership. Le leadership serait aussi un

élément qui influencerait la collaboration entre les professionnels. Selon Kouzes et Posner (2004), un leader est une personne qui inspire ses collaborateurs à atteindre une vision, un objectif en les motivant à s'impliquer dans ce projet, en partageant les responsabilités, en respectant leurs collègues et en facilitant la performance de ces derniers. Brian et ses collaborateurs (2015) ajoutent qu'un leader est une personne qui facilite le changement en encourageant les gens à faire ce qui est important pour eux, en posant des actions qui ébranlent le statu quo et qui altèrent l'environnement. McCormack et Jacobs (2011), pour leur part, dressent une liste des qualités que possède un bon leader. Ici sont énumérées quelques-unes d'entre elles. La passion du leader lui permet de produire des résultats optimaux et de mettre en œuvre les moyens pour les atteindre dans un secteur en particulier, et l'énergie qu'il possède se communique aux autres. La qualité qu'il recherche le porte à se soucier des détails et se baser sur les données probantes. Il priorise adéquatement les objectifs et fait le suivi de leur réalisation. Il travaille de façon à offrir à ses collègues des tâches qui correspondent à leurs habiletés, de façon à ce qu'ils aient envie de donner le meilleur d'eux-mêmes sans que ce défi soit irréalisable. Finalement, il cherche à profiter de l'expertise de collègues plus expérimentés que lui, tout en offrant son soutien à ceux qui peuvent profiter de sa propre expérience. Tel qu'il est possible de le constater, ces caractéristiques sont aussi des qualités requises pour une pratique compétente de l'ergothérapie (ACE, 2012). De plus, Barker Dunbar (2009) décrit que les ergothérapeutes choisissent d'adopter un style de leadership servant, c'est-à-dire qu'ils cherchent à répondre aux besoins des autres et ont une tendance naturelle à vouloir aider. Ce type de leader se questionne régulièrement pour voir si ses actions ont un impact positif sur la société ou s'ils servent à atteindre des buts personnels.

4.5 Facteurs influençant le travail en équipe dans le système de santé canadien

En plus des éléments mentionnés précédemment, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006) a identifié plusieurs autres facteurs qui affectent l'efficacité du travail des équipes du système de santé canadien, plus particulièrement la collaboration entre les membres. La Fondation énumère un grand

respect mutuel entre les membres de l'équipe, des rôles clairement définis, une résolution de conflit efficace au sein de l'équipe, une plus grande promptitude à répondre aux besoins des patients et un sentiment de responsabilité collective des membres face aux tâches confiées à l'équipe comme étant des facteurs favorisant la collaboration entre les professionnels de l'équipe. De plus, le fait de connaître les rôles des professionnels ainsi que la capacité de communiquer adéquatement est reconnue entre autres comme une des compétences retrouvée chez les membres de l'équipe qui collabore efficacement entre eux.

Certains facteurs organisationnels sont identifiés comme influençant négativement la collaboration interprofessionnelle. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006), la protection du territoire par les professionnels limite la collaboration, car ils agissent dans ce cas dans le but de conserver leurs acquis. De plus, certains fonctionnements en place actuellement dans le système de santé canadien affectent le travail d'équipe efficace. Par exemple, les modes de rémunération qui diffèrent d'un professionnel à l'autre (tel qu'entre les médecins et les autres professionnels) ne favorisent pas la collaboration puisqu'ils créent des écarts entre ces derniers, ce qui peut favoriser l'apparition de tensions au sein de l'équipe (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

5. MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

5.1 Devis de recherche

L'étude a été réalisée selon une méthode qualitative de type théorisation ancrée. En effet, une méthodologie de théorisation ancrée permet de « décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers et la manière dont les personnes y font face dans le but de générer une proposition théorique des phénomènes sociaux » (Fortin, 2010). Afin d'y parvenir, un devis d'étude de cas multiples permettra un examen détaillé et approfondi d'une situation semblable vécue par plusieurs ergothérapeutes.

5.2 Définition opérationnelle de l'équipe interdisciplinaire

L'équipe interdisciplinaire a été définie de cette façon : une équipe qui comprend au moins deux cliniciens de professions différentes qui se rencontrent de façon régulière et formelle pour partager l'information et les résultats de chaque professionnel, où les membres utilisent un langage commun et poursuivent des objectifs communs (Bougie et Prevost, 2008).

5.3 Participants

Les participants à l'étude étaient les ergothérapeutes ayant été les premiers à occuper un emploi d'ergothérapeute dans une équipe interdisciplinaire en santé mentale. Les participantes recrutées étaient toutes des femmes. Pour la majorité, leur emploi en tant que premier ergothérapeute dans une équipe de santé mentale était leur première expérience de travail. Les participantes travaillaient pour la plupart dans des régions près des grands centres urbains. Les autres ont occupé un emploi en région éloignée. Les participantes travaillaient dans des milieux différents, tels que des hôpitaux ou des CLSC. Les ergothérapeutes étaient exclus si leur équipe de travail ne correspondait pas à la définition d'équipe interdisciplinaire retenue pour l'étude.

5.4 Méthode d'échantillonnage

La sélection des participants a été faite par réseau (Fortin, 2014). Des personnes de l'entourage de l'étudiante-chercheuse et de la superviseure du projet recherche correspondant aux critères de recrutement ont été sollicités afin de participer à l'étude. Deux participantes ont été recrutées selon cette méthode. Cette méthode d'échantillonnage ne permettrait toutefois pas d'obtenir un nombre de participants suffisamment élevé. Un échantillonnage de type accidentel a donc été poursuivi à l'aide des médias sociaux (Facebook) auprès des ergothérapeutes inscrits au groupe Ergothérapie Québec. Les personnes intéressées ont été contactées au fur et à mesure que les membres du groupe répondaient au message, jusqu'à ce que deux d'entre elles acceptent de participer à l'étude. Quatre participantes au total ont donc été recrutées. La première participante n'avait presque aucune expérience auprès de la clientèle en santé mentale, mais cet élément a été découvert seulement au cours de l'entrevue. Toutefois, en raison de sa grande expérience au point de vue de l'intégration dans des équipes où elle était la première ergothérapeute, l'entrevue a été complétée et analysée. Ainsi, les résultats de la première entrevue ont tout de même été conservés et intégrés à cette étude à titre de comparatif avec les ergothérapeutes ayant travaillé dans le domaine de la santé mentale.

5.5 Procédure de recrutement

Après avoir signalé leur intérêt à participer à l'étude suite à un appel téléphonique ou en réponse à un message sur les médias sociaux, les ergothérapeutes ont reçu un formulaire d'information et de consentement (voir Annexe A) afin de prendre connaissance des détails de l'étude. Celui-ci leur a été envoyé par courriel. Si les ergothérapeutes étaient en accord avec les conditions présentées, un formulaire de consentement version papier était envoyé par la poste afin d'être signé et retourné à l'étudiante-chercheuse. Ceci permettait un consentement éclairé des participantes.

5.6 Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée à l'aide d'entrevues semi-structurées (canevas de l'entrevue en Annexe B), comprenant des questions fermées et des questions ouvertes, d'une durée maximale d'une heure. Ces entrevues étaient enregistrées. Les questions de l'entrevue ont été choisies en fonction des éléments détaillés dans le cadre conceptuel de cette étude au sujet des dynamiques à l'intérieur des équipes interdisciplinaires, particulièrement dans un contexte d'équipe en santé mentale. Ces questions portaient sur le contexte d'arrivée des ergothérapeutes dans l'équipe, des relations avec leurs collègues et de la façon dont elles ont fait valoir le rôle de l'ergothérapie en santé mentale.

5.7 Analyse des données

La méthode d'analyse propre à la théorisation ancrée a été utilisée (Fortin, 2010), et effectué avec l'aide du logiciel Atlas.ti 7. Tout d'abord, les verbatim des entrevues ont été transcrits en version électronique. Chaque entrevue a été réalisée et analysée avant de passer à l'entrevue suivante. La première étape d'analyse fut l'étape de la codification ouverte (Fortin, 2010). Les éléments significatifs de chaque passage du texte ont été mis en évidence, et le thème qui caractérise chacun de ces éléments a été inscrit dans la marge. La seconde étape est l'étape de la codification axiale (Fortin, 2010). Des catégories plus larges ont été créées afin de regrouper plusieurs de ces codes ensemble. Les catégories ont mises en relations les uns avec les autres afin d'expliciter les liens qui les unissent. La dernière étape est l'étape de la codification sélective (Fortin, 2010). Il s'agit d'intégrer les relations entre les concepts afin d'en dégager la catégorie centrale, c'est-à-dire l'élément qui relie entre eux tous les autres éléments. Cette étape a été partiellement réalisée en raison du fait que la saturation des données n'a pas été atteinte (étant donné le nombre limité de participants). Au fur et à mesure que les analyses réalisées dégagent de nouveaux concepts, chaque code et catégorie des verbatim antérieurs ont été modifiés par le biais de l'analyse comparative constante.

5.8 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité de l'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir certificat en Annexe C).

Les participantes étant intéressées à participer à l'étude ont lu une lettre d'informations leur expliquant les détails du processus et ont pu discuter avec l'étudiante-chercheuse afin de poser leurs questions à ce sujet. Dans cette lettre, il était précisé que chaque participante possédait le droit de se retirer de l'étude à tout moment sans préjudice. Le cas échéant, les informations recueillies seraient détruites. Par la suite, si les termes leur convenaient, celles-ci ont signé une lettre de consentement avant de pouvoir réaliser l'entrevue.

Toutes les informations nominatives contenues dans les verbatim ont été anonymisées. De plus, chaque participante s'est vu identifiée par un numéro auquel il est référé dans tous les documents. Les données recueillies sont enregistrées sur des supports électroniques (clef USB, disque dur externe) protégés par des codes et conservés dans un lieu barré, et sont accessibles seulement par l'équipe de recherche.

6. RÉSULTATS

À partir des résultats obtenus dans cette étude, un modèle a été élaboré afin de représenter l'intégration d'un nouvel ergothérapeute dans une équipe interdisciplinaire en santé mentale. Tout d'abord, cette section explique le Modèle de l'intégration des ergothérapeutes. Les figures 4, 5 et 6 illustrent les différentes étapes de l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe. Par la suite, chacun des éléments du modèle sera expliqué plus en détail.

6.1 Modèle de l'intégration des ergothérapeutes

À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, un modèle a été élaboré afin de représenter l'intégration d'un nouvel ergothérapeute dans une équipe interdisciplinaire en santé mentale. Les figures 4, 5 et 6 illustrent les différentes étapes de l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe.

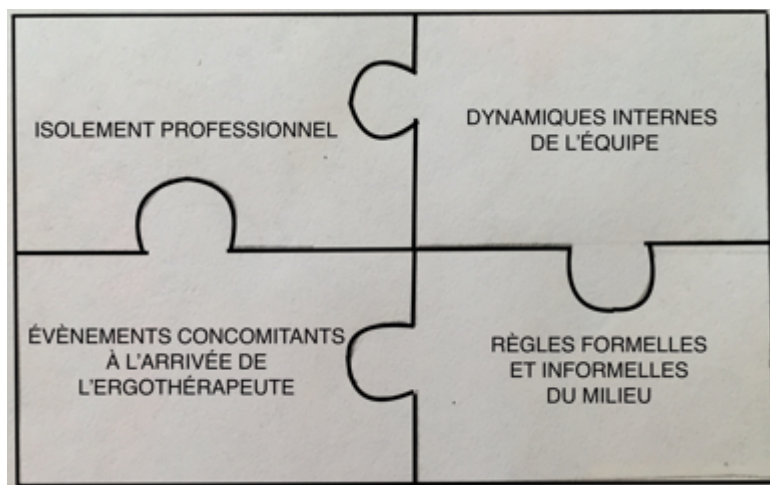


Figure 4 Contexte d'arrivée de l'ergothérapeute

La figure 4 représente le contexte d'arrivée de l'ergothérapeute. Il est composé de quatre éléments. Premièrement, il existe une dynamique entre les membres de l'équipe. Cette dynamique est formée des relations, positives ou négatives, présentes entre les collègues. De plus, elle comprend les réactions de l'équipe face à la mise en place d'un poste en ergothérapie. Deuxièmement, il y a les règles formelles et

informelles propres à chaque milieu de pratique. Troisièmement, plusieurs événements simultanés à l'arrivée de l'ergothérapeute peuvent influencer la façon dont les membres feront une place au nouveau venu. Finalement, on note que l'ergothérapeute est seul dans son milieu. Il est donc pertinent de mentionner que l'isolement professionnel fait partie de son contexte d'arrivée. Telles les pièces du casse-tête (figure 1), les divers éléments qui composent le contexte d'arrivée de l'ergothérapeute sont inter-reliés. Par exemple, les règles qui régissent un milieu ont une influence sur les dynamiques qui existent entre les membres d'une équipe, et vice-versa. De plus, la disposition des pièces représente le fait qu'un certain fonctionnement est en place avant l'arrivée de l'ergothérapeute.

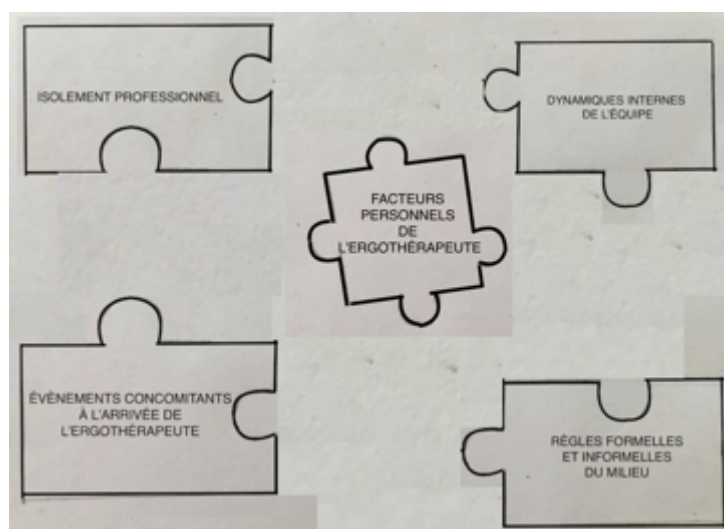


Figure 5 Bouleversement créé par l'arrivée de l'ergothérapeute

Cependant, lorsque l'ergothérapeute tente de s'intégrer dans l'équipe, ceci bouleverse le fonctionnement déjà établi. En effet, l'ergothérapeute possède ses compétences personnelles et professionnelles, ainsi que son identité professionnelle, ce qui compose ensemble ses facteurs personnels. L'équipe devra donc trouver une nouvelle façon de travailler pour composer avec ces nouveaux paramètres. Ce bouleversement est représenté par la figure 5, où les pièces déjà en place doivent se

détacher les unes des autres afin de faire une place à la pièce qui représente l'ergothérapeute et ses facteurs personnels.

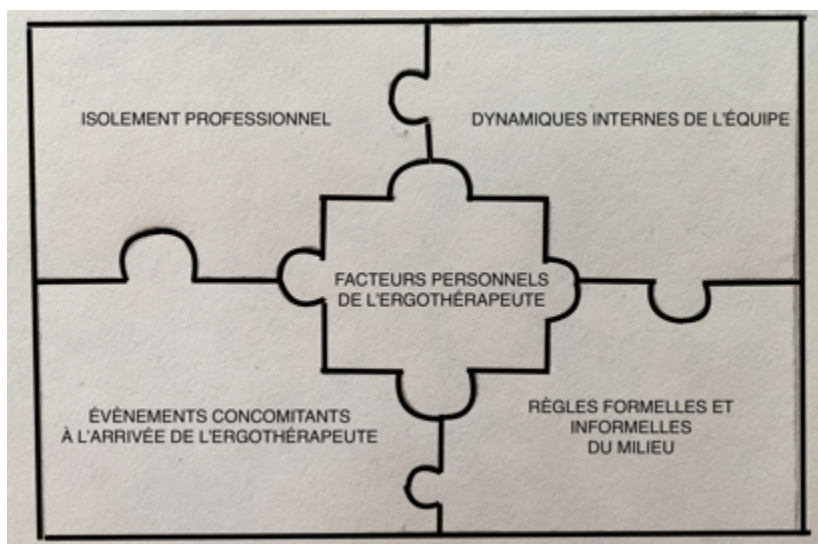


Figure 6 Intégration optimale de l'ergothérapeute dans l'équipe

L'équipe doit modifier son fonctionnement afin d'intégrer l'ergothérapeute. Pour y arriver, ce dernier déploie des stratégies qui faciliteront son intégration. Ces stratégies modifieront certains aspects du contexte, l'exemple le plus évident étant les dynamiques présentes au sein de l'équipe. Cette opération est représentée par les pièces du casse-tête qui changent de formes et trouvent un nouvel agencement. Cet agencement représente l'intégration optimale de l'ergothérapeute au sein de l'équipe (figure 6).

6.2 Facteurs personnels liés à l'ergothérapeute

L'étude présente a relevé que l'identité de l'ergothérapeute ainsi que ses compétences personnelles et professionnelles sont les facteurs propres à l'ergothérapeute qui peuvent faciliter ou entraver son intégration dans l'équipe.

6.2.1 Identité professionnelle

L'identité professionnelle de l'ergothérapeute a un impact sur les interactions entre les membres de l'équipe, et sur la façon dont son rôle est compris. Cette identité est composée des croyances que l'ergothérapeute a en regard de son rôle, et de ses expériences de travail.

Tout d'abord, il a été mentionné parmi les participantes que : « c'était difficile d'affirmer mon identité professionnelle, qu'un ergothérapeute, ça fait ça, puis je suis certaine que ça fait ça... » Cette difficulté est causée entre autres par la croyance que : « juste notre rôle en tant qu'ergo, notre profession comme telle, c'est pas évident quand on commence à pratiquer! » Ainsi, les participantes expriment que selon elles, l'ergothérapie est difficile à expliquer aux autres membres d'une équipe. Une des participantes ajoute même que :

Tu sais, quand t'es en santé physique, c'est comme concret puis c'est clair, tu sais ? En santé mentale, c'est comme si... quand on parle de ça, il y a toujours un genre de zone de flou de « comment tu le fais, comment tu y arrives ? »

Ainsi, pour les ergothérapeutes, non seulement l'ergothérapie est difficile à définir, mais le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale serait encore moins clair qu'en santé physique. À ceci s'ajoute le fait que ce poste était la première expérience de travail pour plusieurs des participantes. Pour certaines participantes, cette inexpérience a miné leur assurance face à leur rôle au sein de l'équipe. L'une d'entre elles explique qu'elle a cessé certaines interventions parce que : « [...] je n'étais pas assez sûre de moi parce que c'était mon premier travail. Puis j'ai pris pour acquis que [la psychologue] le savait plus que moi... »

Toutefois, deux des participantes mentionnent que le fait que cet emploi soit leur premier n'a pas été un obstacle à leur intégration dans l'équipe. L'une d'entre elles affirme même que : « le fait d'être finissante, ça a été aidant! » En effet, elle explique

qu'elle sentait une ouverture de ses collègues quant à : « essayer de comprendre, [...] à voir la part qu'[elle] pouvait avoir à l'équipe », malgré le fait que ceux-ci ne connaissaient pas le rôle de l'ergothérapeute.

6.2.2 Compétences personnelles et professionnelles

En plus son identité professionnelle, son intégration dans l'équipe est influencée par les qualités personnelles et professionnelles possédées par l'ergothérapeute. Parmi celles-ci, les participantes ont mentionné leurs capacités de communication comme un élément clé. En effet, lorsque les ergothérapeutes présentent des difficultés dans leur communication, elles peuvent avoir de la difficulté à expliquer leurs démarches et défendre leurs opinions auprès de leurs collègues. L'une des participantes confie qu'à son avis : « c'était comme si [elle] n'avait pas assez d'argumentaires ». Elle ajoute que les capacités de communication peuvent aider lors de la définition des rôles des membres de l'équipe : « puis à la limite tu peux négocier des fois les territoires, mais moi j'étais pas en mesure de faire ça, à ce moment-là... » Ce qui lui a causé plus tard des conflits au niveau de la répartition des tâches avec certains collègues.

Une ergothérapeute parle aussi des compétences professionnelles dont les membres de sa profession sont dotées :

[...] je dirais, au niveau des facteurs personnels de notre professionnalisme, notre rigueur, notre confiance en soi aussi, notre jugement clinique, comment on va aller présenter les résultats d'un client, comment on va faire la promotion de notre rôle, indirectement, bien ça va avoir un impact je trouve, sur notre intégration dans l'équipe.

L'une des participantes souligne aussi des qualités essentielles pour vivre cette expérience avec succès : « le désir de travailler en équipe [...], mais vraiment! [...] Le goût d'apprendre, l'ouverture aux autres, l'inventivité, la créativité ».

6.3 Contexte d'arrivée de l'ergothérapeute

Tous les éléments décrits ci-haut s'inscrivent dans un contexte avec lequel l'ergothérapeute doit composer. Celui-ci est formé des dynamiques internes de l'équipe, des événements simultanés à l'arrivée de l'ergothérapeute que l'équipe de travail vit déjà, de l'isolement professionnel vécu par l'ergothérapeute et des règles formelles et informelles du milieu de travail. Tous ces éléments ont un impact sur la façon dont l'équipe accueillera le nouveau membre.

6.3.1 Dynamiques internes de l'équipe

Tout d'abord, l'intégration de l'ergothérapeute au sein de l'équipe est dépendante des dynamiques entre les membres de cette équipe. Ces dernières sont composées des relations présentes entre les membres de l'équipe ainsi que des réactions qui sont suscitées par l'arrivée de la nouvelle ergothérapeute dans le milieu. Ces réactions dépendent elles-mêmes du niveau de préparation de l'équipe face à l'arrivée d'un ergothérapeute.

6.3.1.1 Relations présentes entre les membres

Les participantes ont souligné que les relations existantes entre les membres de l'équipe ont une influence sur leur propre intégration dans celle-ci. Par exemple, dans certaines équipes, le degré de communication entre les membres était faible malgré que ce soit une équipe qui doit travailler avec un haut niveau de collaboration. L'une des participantes donne un exemple : « [...] des fois, il y avait des rencontres inter qui étaient annulées, bien on le savait juste quand on se présentait sur l'étage. [...] C'est des pertes de temps, là, à ce moment-là ! » Cette faible communication a eu un impact sur son intégration dans l'équipe, puisque ses collègues n'avaient pas toujours le réflexe de l'informer de certains éléments concernant des clients qu'elle voyait.

De plus, il est possible qu'il y ait des conflits présents entre certains collègues, ce qui peut avoir un impact sur la façon dont les personnes seront acceptées dans l'équipe. Cet aspect est aussi présent dans un contexte de santé physique. Cette

dernière participante présente un exemple pertinent de conflit avec une collègue qui a rendu son intégration très difficile : « Elle faisait problème c'est sûr! En fait j'avais appris là, que tout le monde était pas capable de la sentir! Personne était capable de la sentir... Moi je pensais que j'étais toute seule avec mon problème! » Elle a su longtemps après cet emploi que cette collègue n'était pas appréciée, mais cette dernière « imposait, c'est un peu comme si elle gérait les façons de faire de chacun puis elle les enlignait », sans que ses collègues ne protestent.

Parmi ces relations négatives, l'ingérence des autres membres de l'équipe dans ses interventions a été mentionnée comme un élément qui entrave la pleine intégration dans l'équipe. Encore une fois, un exemple concret est raconté par une participante qui a travaillé dans un contexte de pratique en santé physique :

Donc ça demandait une marchette avec des grands empattements. Donc là, quand j'ai commandé ça, [...] la directrice générale a refusé ma demande. Puis là, elle a demandé à son menuisier qu'il commande chez *Sears* une marchette, [...] pour bébé. Puis que le menuisier rehausse les pattes pour la grandeur !

Certaines relations entre les collègues ont pour leur part été facilitantes. L'une des ergothérapeutes explique qu'une grande tolérance face à la répartition des tâches au sein de l'équipe a créé très peu de réactions de protection du territoire.: « il y a encore des gens dans l'équipe, qui je crois pensent qu'on fait tous la même affaire ». Elle-même affirme :

Tu sais, je pense pas qu'ils font de l'ergo, mais... tu sais quand même certains thèmes que mes collègues voient avec leurs clients que oui, ça pourrait être une ergo qui fait ça, mais tu sais, je peux pas voir tout le monde. Ça fait que c'est comme normal que ça se passe comme ça.

Elle explique que les définitions des tâches se sont faites selon la logique : « on essaie aussi de départager... si c'est plus *nurse*, je la prends pas, la personne ». De plus, cette redéfinition des rôles de chacun s'est faite sur une longue période de temps :

Il y a des choses que j'ai développé avec le temps, comme expertise [...] c'est sûr que j'avais des collègues [travailleurs sociaux] qui faisaient beaucoup de ça [...] Ils en font encore, avec certaines clientèles, mais il y a des choses qui se sont plus dirigées vers moi avec le temps, par l'offre de services que je propose.

6.3.1.2 Réactions des membres face à l'arrivée de l'ergothérapeute

Les participantes ont souligné l'élément suivant en regard de leur relation avec leurs collègues : « les premiers contacts, je te dirais, étaient assez chaleureux, puis corrects. » Puis pour certaines participantes, ces relations se sont détériorées. L'une d'entre elle affirme : « c'est plus après que ça s'est... que les difficultés sont apparues, je dirais. »

Ces réactions plus négatives apparaissent dans plusieurs situations. L'une des participantes discute des questionnements éprouvés par ses collègues face au fait que son arrivée puisse entraîner des changements au niveau de leur propre poste :

C'est sûr qu'il y en a qui ont peut-être des petites réticences : « bon... ça va être quoi son rôle? Quelle place elle va prendre? » [...] Parce qu'il y a beaucoup de zones grises! « Est-ce qu'elle va prendre ma place », puis tout ça! Puis il y en avait d'autres qui étaient vraiment euh... plus indifférents là.

L'une des participantes a vécu des réactions de protection du territoire par l'une de ses collègues. Ceci peut être expliquée selon elle par la grande proximité entre les deux professions, puisque la participante affirme que : « c'était [sa] collègue la plus proche, la plus présente, je dirais. » Une autre participante mentionne que les chocs entre les visions de la santé que possèdent les membres de l'équipe peuvent aussi être une source de tension :

Je sais que des fois la vision de l'autonomie versus... on compense un petit peu plus dans les mesures qu'on propose, selon les professionnels,

des fois ça pouvait faire des petites discussions. [...] Mais... ça les choquait des fois, dans les recommandations qu'on pouvait faire!

Dans certains cas, les collègues ont eu comme réaction de tester les compétences de l'ergothérapeute avant de lui faire une place à part entière dans l'équipe. L'une des participantes affirme : « ce que je voyais, c'était comme si on me mettait à l'épreuve. » Cet élément a aussi été souligné par une autre des participantes, où certains collègues ont attendu que l'ergothérapeute prouve la pertinence de sa place au sein de l'équipe avant de l'intégrer. En effet, certains membres de l'équipe ne faisaient pas de références de façon systématique, mais attendaient plutôt de juger de la façon de travailler de l'ergothérapeute. S'ils étaient satisfaits de son travail, ils faisaient une référence pour un autre cas, et ainsi de suite jusqu'à être certains que les services leur convenaient. Toutefois, ce processus serait à recommencer si l'ergothérapeute venait à changer. L'une des ergothérapeutes décrit ce phénomène comme « une personnification de l'ergothérapie » :

Ça fait que j'avais l'impression que certains psychiatres ou personnels soignants ne faisaient pas une requête nécessairement en ergothérapie, mais qu'ils faisaient une requête à [nom de la participante], par exemple. [...] C'est pas : « Ah! Elle a vraiment besoin cette personne-là d'être vue en ergothérapie! » C'est plutôt : « ah! On va la faire voir par [nom de la participante]! »

Cette situation démontre que l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe est ralentie par certains collègues qui n'accordent pas d'emblée une crédibilité à la profession et qui attendent que l'ergothérapeute démontre sa pertinence dans l'équipe. On retrouve aussi ce genre de réactions dans le domaine de la santé physique. Dans son cas, les réactions négatives ont été jusqu'à une certaine forme d'intimidation par certains collègues :

Ça fait qu'elle avait montré tout mon dossier à tout le monde, elle avait contesté les recommandations avec les autres de ce que je faisais, mais s'en m'en parler. [...] Je trouvais que c'était mesquin, je trouvais que

c'était pas franc, je trouvais que c'était comme une forme d'intimidation puis d'abus de pouvoir.

Une autre participante, quant à elle, mentionne avoir eu d'emblée le support de ses collègues. Elle raconte : « [...] c'était intéressant de voir aussi le soutien de mes collègues, de mes pairs à me dire : bien tu sais, donne-toi le temps, donne-toi le temps d'arriver, d'apprendre, c'est normal que tu aies besoin de venir nous voir, nous questionner ! » Cette participante explique que ses collègues démontraient une attitude positive à son arrivée, qu'elle nomme : « une ouverture à essayer de comprendre » son rôle dans l'équipe. De plus, elle explique : « même si c'est pas auprès de collègues ergo, tu sais, il reste que c'était des professionnels en santé mentale qui ont un bagage. » Tous ces éléments l'encourageaient à s'informer auprès de ses collègues lors qu'elle avait des questionnements.

Une autre participante confirme qu'elle a connu peu de conflits liés à la protection des territoires professionnels. Comme dans le témoignage précédant, elle affirme :

J'ai jamais travaillé : " voir l'ergothérapeute, voir le psychologue... " il faut travailler en équipe! [...] Puis on mettait ça ensemble, puis on décidait qui était le plus apte à intervenir. [...] Je pense qu'il faut aussi avoir un souci de... d'être la personne qu'il faut.

6.3.1.3 Connaissances de la profession d'ergothérapeute

Selon certaines participantes, le manque de connaissances au niveau de l'ergothérapie a été un élément qui a entravé l'intégration dans leur équipe. L'une d'entre elles explique que la définition des rôles de chacun n'était pas bien délimitée : « [...] il y avait c'est certain une non-compréhension de l'ergothérapie puis du chevauchement admettons avec la psychologue, [...] ce n'était pas clarifié. » Ce manque de connaissances de l'équipe au sujet de cette profession était exacerbé par le fait que pour la plupart des participantes, le département avait peu ou pas préparé l'intégration d'une nouvelle profession dans l'équipe avant son arrivée. L'une des participantes nous donne un exemple :

La première journée, j'ai fait le tour des étages là, avec la gestionnaire [...] Je pense qu'il y a eu un envoi d'un courriel par la gestionnaire là, pour aviser que j'allais être celle qui allait remplacer l'ergothérapeute.

On retrouve ce niveau de préparation dans l'expérience des autres participantes; soit l'envoi d'un courriel ou la tenue d'une brève réunion pour faire l'annonce.

Toutefois, dans l'un des cas, le manque de préparation n'a selon la participante rien changé à l'accueil reçu. En effet, elle raconte :

Je suis pas allée à l'administration, je suis allée dans les équipes! Je suis allée rencontrer les pédopsychiatres [...] Je suis allée solliciter, je suis allée offrir mes services [...] À ce moment-là, je les ai convaincus.

Ce contexte d'arrivée, né du désir de l'équipe d'y intégrer une ergothérapeute plutôt que cette décision soit imposée par leurs supérieurs, peut expliquer que cette participante affirme n'avoir jamais eu de conflit.

L'une des participantes souligne qu'une bonne compréhension du rôle de l'ergothérapeute a mené à des réactions positives chez les autres membres de son équipe. L'une des participantes confie que sa supérieure comprenait très bien le rôle de l'ergothérapeute. Elle explique :

Ça fait que c'est vraiment elle au début, je dirais, qui a comme... aidé à délimiter c'était quoi la clientèle que j'allais prendre ici. [...] Puis elle s'était même informée [...] au niveau des outils d'évaluation que je pourrais peut-être acheter.

Cette bonne compréhension de l'ergothérapie a permis de délimiter rapidement le territoire de la nouvelle venue et de clarifier pour les autres professionnels son rôle au sein de l'équipe. La plupart des participantes affirment aussi avoir obtenu des réactions positives à leur arrivée, étant donné que leurs collègues voyaient l'ergothérapie comme

un atout à l'équipe. Elle affirme : « il y en avait qui disaient vraiment : ah enfin, une ergo! Il était temps, la clientèle en a de besoin! » Ainsi, lorsque les collègues ont une bonne compréhension de l'ergothérapie et des bénéfices possibles pour la clientèle, l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe est facilitée.

Les participantes mentionnent aussi que certains collègues avaient déjà travaillé auprès d'ergothérapeutes. Ceci a été un élément négatif dans certains cas, comme le souligne cette participante : « cette psychiatre-là avait mentionné qu'elle avait eu une mauvaise expérience avec un ergothérapeute antérieurement ». Ce précédent a entraîné une mise à l'épreuve de l'ergothérapeute plutôt que de l'accepter d'emblée dans l'équipe. Dans d'autres cas, le fait que certains collègues aient travaillé avec des ergothérapeutes dans d'autres milieux a permis de mieux comprendre la nature de leur profession : « il y a plus d'ergo un petit peu partout dans leur milieu, puis tu te rends compte qu'on fait pas mal tous la même chose! Puis ça fait que ça, ça aidait à ce niveau-là. »

6.3.2 Les règles formelles et informelles du milieu

L'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe de travail est aussi dépendante de sa compréhension des règles formelles et informelles du milieu. L'une des participantes explique : « Mais moi, là, personne me disait ça! Je venais d'ailleurs, puis dans cette ville-là, quand tu viens d'ailleurs, bien t'es un étranger, puis si t'es un étranger... Bien t'es pas automatiquement intégré, si on peut dire ! ». Ainsi, le fait d'être étrangère à l'équipe de travail peut faire en sorte que ces règles ne leur soient pas expliquées, ce qui peut les amener à commettre des erreurs. Cette ergothérapeute raconte :

Et là, on m'a pas dit non, rien, moi j'ai fait mon évaluation initiale [...] Pour finalement comprendre que, pour eux, ça les mettait dans la « schnout », parce que si je faisais une recommandation dans mon dossier [...] ça supposait un transfert, ça supposait des coûts, ça supposait quelqu'un qui y va avec, en ambulance... Mais moi je ne savais pas ça!

Cet aspect est aussi retrouvé dans un contexte de santé physique. La participante qui vit une telle situation mentionne que «là tu sens une tension... mais tu ne comprends pas qu'est-ce qui se passe». Le fait de ne pas respecter les règles formelles ou informelles en place peut mener à offenser certains collègues sans en comprendre la cause, étant donné que l'ergothérapeute n'a pas une bonne connaissance de ce qui est acceptable ou non dans le milieu.

Pourtant, ces règles et façons de faire, lorsqu'elles sont connues par la nouvelle venue, facilitent l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe, selon l'une des participantes. Elle explique : «Il faut connaître un peu le milieu où tu vas, savoir ce qu'ils font, et puis d'être capable de voir qu'est-ce que soi-même on est capable d'apporter à des équipes ou au fonctionnement qui est déjà en place. »

6.3.3 Concomitance de l'arrivée de l'ergothérapeute avec d'autres changements

Plusieurs participantes ont identifié que les membres de leur équipe vivaient déjà certains changements au moment de leur arrivée. La démission d'un gestionnaire, des changements au niveau des rôles de chacun en raison d'une nouvelle loi, ou encore un changement constant du personnel sont des exemples de situations vécues par les participantes. L'une d'entre elles exprime une conséquence de ces changements : « des fois, il y en avait certains qui étaient plus émotifs par rapport à certaines choses. »

Tel que mentionné, tous ces changements font vivre aux membres de l'équipe une gamme d'émotions qui a un impact sur leur état affectif au travail. D'ailleurs, l'une des ergothérapeutes affirme que les nombreux changements de personnel vécus par son équipe ont conféré à celle-ci une « petite tendance dysfonctionnelle par moments ». Ceci modifiera la perception que l'équipe aura à propos de l'arrivée d'un nouveau membre, ainsi que sa façon de l'accueillir.

6.3.4 L'isolement professionnel

Parmi les obstacles à leur intégration mentionnés par les ergothérapeutes, le fait d'être la seule ergothérapeute de leur milieu a été identifié comme un défi de taille comme l'indique cette participante: « [...] puis tu sais, je n'avais pas de personnes à côté de moi avec qui je pouvais dire est-ce que c'est correct ou pas correct ».

Les participantes soulignent que le fait qu'il n'y ait pas d'autres ergothérapeutes dans le milieu crée un sentiment de solitude. De plus, avoir un autre ergothérapeute dans notre entourage permet de se valider dans sa démarche clinique, de se rassurer, et de mieux définir son rôle. L'une des participantes confie :

Des fois j'avais des cas cliniques qui me posaient problème, ou avec l'équipe aussi, ou des questions par rapport à mon rôle là... comment je me positionne dans l'équipe, bien elle [l'ergothérapeute précédente], elle était là tu sais, pour discuter de tout ça [...] pendant son congé de maternité là, pour poser des questions.

6.4 Stratégies mises en place par l'ergothérapeute

En fonction des dynamiques de l'équipe qu'elles devaient intégrer ainsi que du contexte dans lequel les participantes ont eu à faire leur place, celles-ci ont mis de l'avant plusieurs stratégies afin de faire valoir la pertinence de leur rôle au sein de leur équipe. L'une des participantes affirme : « Je pense que c'est à nous à construire notre place, puis ce n'est pas à eux autres de se réaménager. [...] toute la nécessité de l'ergothérapeute, bien c'est personne d'autre qui pouvait l'apporter que moi. » Sa stratégie a donc été d'offrir des services différents des autres professionnels. Elle continue en suggérant : « Essayer d'identifier des noyaux d'intégration, je te dirais, plus petits afin d'être membre à part entière d'une équipe. »

L'une des stratégies utilisées par toutes les participantes pour faciliter l'intégration au sein de l'équipe est de faire connaître l'ergothérapie par l'exemple et par les succès, ce qu'une des participantes qualifie comme : « saisir les opportunités. » Elle souligne même que les succès facilitent la collaboration : « les plus ouverts c'étaient les

préposés [...] On voyait rapidement les changements, puis là le lien de confiance, le lien de collaboration s'est fait facilement. » Une autre participante ajoute « Il faut y aller un client à la fois, faire une preuve, nos preuves », et qu'ensuite les collègues, en voyant les résultats, font des références de façon plus spontanées dans le futur. Ainsi les ergothérapeutes ont moins à se justifier, car leurs collègues ont plus confiance en leur jugement clinique. Une participante affirme :

C'est comme si à chaque réalisation, réussite, [...] tu montres que l'ergothérapeute, ça fait différent, puis ça fait le petit trou qu'il y avait, peut-être [...], c'est comme si c'est ça cette image là que tu laisses, que c'est l'ergothérapeute qui l'a amenée.

Une autre stratégie utilisée par toutes pour faire la promotion de son rôle est de proposer ses services pour des dossiers où elles n'ont pas reçu de références. Les ergothérapeutes rapportent profiter des réunions d'équipe, pour parler de ce qu'elles peuvent offrir. Une participante utilise la même méthode explique :

[...] Par exemple on parle d'un client que moi je ne suis pas, mais que moi, je me sens interpellée, puis je me dis : " hey bien avez-vous pensé à ça? Peut-être que moi, je pourrais faire ça avec cette personne-là! "

Une des participantes identifie aussi la stratégie des discussions un à un : « Ça fait que, de façon individuelle, chacun apprend à connaître un peu qu'est-ce que je peux faire. » L'une des participantes souligne une stratégie clé mentionnée par toutes les participantes :

Être en mesure d'avoir des collègues de travail avec qui t'es à l'aise pour être capable de te valider, ou un superviseur, ou un mentor, n'importe quoi là! Mais faire en sorte que si t'as des doutes, ou si t'es pas bien, bien au moins t'as une personne ressource. Ou t'as des personnes ressources.

Pour y arriver, elle suggère ceci : « tu t'investis dans le syndicat, dans des comités, des choses comme ça, pour connaître la façon de fonctionner de

l'établissement où tu travailles. » Les participantes soulignent l'importance de se créer un réseau avec d'autres ergothérapeutes, mais aussi de créer des liens avec leurs collègues de travail : « [...] l'autre chose aussi que je trouve, c'est que pour être en mesure de faire ta place dans des milieux comme ça, rétifs, c'est comme si il faut avoir des relations, je trouve, autres que juste professionnelles. » Ce que les participantes expriment, c'est l'importance d'apprendre à connaître les gens sur des aspects plus personnels.

La promotion du rôle de l'ergothérapeute constitue une autre stratégie d'intégration déployée comme en témoigne cette participante « j'ai fait des présentations à quelques reprises, tu sais, sur certains thèmes : gestion de l'énergie... je sais que j'ai déjà présenté des outils cliniques [...] »

En plus de promouvoir son rôle, les participantes parlent de l'importance de développer sa crédibilité professionnelle en développant leurs connaissances par les recherches, les liens avec les experts, les discussions avec des collègues expérimentés, les conférences afin d'être expertes dans leur domaine. Cette participante donne des exemples :

L'esprit d'aller chercher des connaissances à jour, de mettre tes connaissances à jour tout le temps, c'est aussi d'avoir des liens hors établissement. Ça fait que là, moi, dans toutes les années où j'ai travaillé, j'ai fait partie de comités provinciaux, [...] de façon à ce que t'aie aussi des liens, [...].

Les analyses suggèrent aussi l'importance de mettre ses limites afin de prendre de l'expérience et de développer ses connaissances avant d'accepter des tâches plus lourdes. Une participante suggère : « au début, tout de suite [s]'intégrer dans une plus petite équipe. Pas décider [d'être] spécialiste de l'ergothérapie, là! »

Une pratique réflexive, est une stratégie qui permet de développer les liens avec l'équipe et de s'y intégrer. Cette pratique réflexive permet aussi de déterminer quelles sont les priorités, les actions qui permettront de faire sa place dans l'équipe :

Mais c'est d'apprendre aussi à vivre avec l'imparfait, là! De pratiquer avec l'imparfait, et de dire : « OK. Ça, c'est mes limites. Qu'est-ce que je peux changer aujourd'hui, cette semaine, ce mois-ci?

Une autre participante discute aussi du fait qu'il faut que les ergothérapeutes fassent usage de leurs qualités professionnelles, si précieuses à l'établissement d'une relation de confiance avec les clients, afin de faciliter leur intégration dans l'équipe :

La flexibilité je trouve qu'on développe, qu'on apprend en étudiant, en lien avec les maladies, admettons, moi je trouve qu'on devient ouverts, compétents, tolérants, pour un patient, de son point de vue à lui, qu'on comprend qu'est-ce qui crée ses limites. [...] Je dirais que ça c'est vrai pour les gens avec qui on travaille aussi. Puis plus on le développe, plus on le travaille, plus les relations sont faciles, et plus la collaboration est facile.

L'une des participantes explique que cette expérience, d'être la première ergothérapeute à travailler dans un milieu, peut être très difficile. Elle donne un conseil, si ultimement les autres solutions ne fonctionnent pas :

Reste pas là dans le sens : moi c'est comme... l'éloge de la fuite! Tu peux affronter, puis là trouver tout ce qu'il faut, mais tu peux aussi fuir! [...] C'est pas juste malsain de s'en aller quand les choses ne peuvent pas être faites et que ça ne dépend pas de toi, que c'est hors de ton pouvoir.

7. DISCUSSION

Cette étude a mis en évidence quels sont les éléments qui ont une influence sur l'intégration d'un premier poste d'ergothérapeute dans les équipes de santé mentale. Il a été identifié que les facteurs personnels de l'ergothérapeute et le contexte entourant son arrivée ont un impact sur l'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de santé mentale. Les résultats suggèrent aussi que face à l'interaction entre les éléments nommés précédemment, les ergothérapeutes mettent en place des stratégies qui visent à faciliter la mise en place de leur poste au sein de l'équipe. La section suivante vise à discuter davantage des résultats obtenus en regard de la littérature sur le sujet.

7.1 Milieu de travail

Les analyses suggèrent que les enjeux liés à l'intégration dans une équipe de santé mentale ou dans un milieu en santé physique sont plutôt similaires (réactions de résistance au changement de la part des membres de l'équipe, faible communication à l'arrivée, difficulté à clarifier le rôle d'ergothérapeute). Ceci peut être expliqué par le fait que la participante ayant travaillé dans le domaine de la santé physique était appelée à travailler dans une région éloignée des grands centres du Québec, où les professionnels n'avaient jamais côtoyé d'ergothérapeutes à cette époque. Les nombreuses stratégies déployées dans ce contexte sont aussi apparues semblables à celles des autres participantes afin de (démontrer les succès des interventions, baser sa pratique sur les données probantes, chercher à connaître ses collègues sur le plan personnel, etc.).

7.2 Premiers contacts

Tout d'abord, on observe que si certaines participantes s'intègrent plus facilement, d'autres font face à des défis dans les relations avec leurs collègues. En ce sens, les résultats concordent aux étapes de la formation d'une équipe selon Hunt, Osborn, et Schermerhorn (2010). En effet, pour plusieurs participantes, l'accueil au départ chaleureux s'est détérioré pour laisser place à des conflits, ce qui correspond à

la phase du tumulte (Hunt, Osborn, et Schermerhorn, 2010). Selon les ergothérapeutes, cette phase a commencé au moment où l'équipe a dû modifier sa façon de travailler pour faire place au nouveau membre. Ainsi, dans certains cas, les collègues se sont vus forcés de redéfinir leurs tâches. Tel que souligné par Bareil (2004), ceci mène les membres de l'équipe à se questionner au sujet de l'impact du changement sur leur travail quotidien, leur propre rôle, etc. Afin que ces préoccupations disparaissent, les collègues des ergothérapeutes auraient bénéficié de posséder des renseignements à ces sujets (Bareil, 2004). Peut-être que ces conflits auraient pu être évités si les gestionnaires avaient davantage préparé l'équipe à l'arrivée de l'ergothérapeute et aux conséquences de cet événement sur leur rôle au sein de l'équipe. De plus, un soutien plus substantiel des gestionnaires lors de la phase du tumulte aurait peut-être pu favoriser une résolution plus rapide de celle-ci, ou encore en diminuer l'intensité. D'ailleurs, pour l'une des participantes, les relations se sont améliorées lorsque le rôle des différents membres de l'équipe a été clarifié. Les membres ont appris à travailler ensemble et ont commencé à collaborer en utilisant les forces de chacun. Ce phénomène correspond à la phase de cohésion (Hunt, Osborn et Schermerhorn, 2010).

Toutefois, certaines participantes n'ont pas connu de conflits avec leurs collègues, et ont été immédiatement intégrées dans l'équipe de travail. Il semblerait ainsi qu'il soit possible d'éviter de traverser la phase du tumulte, grâce à certains éléments facilitant. Dans les cas de ces participantes, le rapport des membres de l'équipe avec la répartition des tâches n'était pas conflictuel. En effet, l'une des participantes a intégré l'équipe en choisissant d'effectuer presque seulement des tâches qui étaient propres au domaine de l'ergothérapie. Cette approche reflète une très bonne compréhension du rôle de l'ergothérapeute et des autres membres de l'équipe, ainsi qu'un désir de fournir les meilleurs soins aux patients. De plus, cela a pour conséquence que les autres professionnels ont peu à changer leurs rôles, diminuant les sources de conflits. Dans l'autre cas, les membres de l'équipe s'attardaient peu aux tâches normalement associées aux divers champs professionnels, en raison du nombre limité d'intervenants disponibles et d'une grande tolérance face aux zones grises entre

les différents corps professoraux. Ceci vient supporter l'hypothèse que lorsque les préoccupations face à l'impact du changement sur les membres de l'équipe sont faibles, une place est faite plus rapidement au nouveau venu dans l'équipe.

Un autre élément facilitant l'intégration est le désir de l'équipe d'aider le client. En effet, la première participante a présenté sa candidature en sollicitant d'abord les membres de l'équipe pour les convaincre de la pertinence de l'ergothérapie auprès des clients. C'est donc ses futurs collègues qui ont demandé son intégration dans l'équipe. Dans le second cas, les tâches des professionnels étaient réparties selon le besoin principal présenté par le client et les effectifs disponibles pour y répondre. Les autres professionnels pouvaient ainsi utiliser leurs compétences pour les cas sollicitant davantage leur expertise. Ce désir d'aider le client, qui passe avant le désir de protéger son territoire professionnel, a été souligné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006) comme un élément qui favorisait une collaboration efficace entre les professionnels. D'ailleurs, toutes les participantes ont souligné que leur intégration s'est mieux déroulée auprès des professionnels qui cherchaient à comprendre la nature de l'ergothérapie et son utilité possible auprès des clients.

Il est aussi possible que les succès connus par les ergothérapeutes auprès de certains clients, ont permis de démontrer aux autres membres de l'équipe que cette profession a une contribution unique et complémentaire. Cela pourrait expliquer pourquoi ces succès sont, selon les participantes, un atout précieux pour démontrer leur pertinence dans l'équipe et faciliter la collaboration interprofessionnelle. Aussi, le désir de répondre aux besoins des clients semble, dans certaines des équipes, avoir mené à un style de travail transdisciplinaire plutôt que multidisciplinaire ou interdisciplinaire. Les membres ont cessé de se préoccuper de la contribution individuelle de chacun pour travailler sur un terrain commun où les tâches sont partagées par toute l'équipe et où on tente d'apporter la contribution la plus pertinente.

7.3 Dynamiques internes de l'équipe et les réactions face au changement

L'intégration dans les équipes par les participantes est aussi dépendante des dynamiques déjà présentes entre les membres tel que souligné dans l'étude de Maddock (2015). En effet, cette étude rapporte que les dynamiques négatives qui se sont installées entre certains membres de l'équipe ont entravé la collaboration entre les professionnels en accordant moins de crédibilité à l'opinion de certains des collègues dans la prise de décisions. Dans la présente étude, l'une des participantes a exprimé que l'équipe qu'elle a tenté d'intégrer était déjà aux prises avec des conflits avant son arrivée, ce qui influençait la prise de décisions en équipe. Bien que l'ergothérapeute n'ait pas de contrôle sur ces dynamiques, il est important d'y être sensible afin de comprendre les réactions de ses nouveaux collègues. Dans le même ordre d'idées, les équipes qui avaient un fort esprit d'entraide ont rendu l'intégration des participantes plus facile. L'une de ces dernières s'est vue encouragée par ses collègues à venir leur poser des questions et à être à l'aise avec son inexpérience.

D'autres équipes ont manifesté des comportements de résistance au changement face à l'arrivée de l'ergothérapeute, tels que définis par Bareil (2004). Certaines participantes notent entre autres : des tentatives de sabotage des interventions en ergothérapie, des mises à l'épreuve de leurs compétences de la part des collègues, une communication inadéquate avec elles, faisant en sorte qu'elles ne soient pas mises au courant de certains éléments, un refus de laisser l'ergothérapeute faire des actions déjà assumées par un autre professionnel. Ces réactions de mises à l'épreuve sont des manifestations des préoccupations des membres de l'équipe face à la nouvelle situation (Bareil, 2004), ce qui entraîne une exacerbation du manque de confiance en soi de certaines participantes, déjà présent en raison de leur peu de connaissances et d'expérience de travail. Ces comportements ont aussi pu être suscités par les événements concomitants à l'arrivée de l'ergothérapeute dans l'équipe. Certains membres des équipes ont vécu des expériences antérieures négatives avec d'autres ergothérapeutes, le peu d'expérience de travail des participantes au moment de débiter cet emploi et la proximité entre les champs d'action de l'ergothérapeute et

ceux de certains membres de l'équipe ont pu constituer des obstacles pour ces derniers. Ce dernier élément a aussi été souligné par la Fondation canadienne sur la recherche des services en santé (2006), Fitzgerald et Fortune (2009) et Mackenzie et Smith (2011) comme un des obstacles majeurs à une collaboration interprofessionnelle adéquate. Il est donc essentiel que les ergothérapeutes soient sensibilisés au fait que ces réactions cachent des inquiétudes chez leurs collègues. Peut-être que si ces préoccupations étaient abordées franchement, ces comportements auraient été moins présents et les participantes auraient obtenu une meilleure collaboration de la part de l'équipe. Il est aussi essentiel que les gestionnaires offrent une possibilité au personnel d'exprimer ces inquiétudes et soient prêts à y répondre, tel que mentionné par Bareil (2004).

7.4 Compréhension de la nature de l'ergothérapie

À ces réactions négatives s'ajoute, dans certains cas, une incompréhension du rôle de l'ergothérapeute par l'équipe, qui fait partie du contexte d'arrivée des participantes. Tel qu'expliqué précédemment, le fait que les rôles soient mal définis peut susciter des inquiétudes chez les membres de l'équipe et entraver la collaboration interprofessionnelle. Cependant, cette incompréhension suscite aussi d'autres problématiques. En effet, il a été souligné dans cette étude qu'il est difficile pour les membres de l'équipe de déterminer pour quel motif référer un client en ergothérapie. Ceci est lié au fait que dans certains cas, les collègues des participantes ont une compréhension limitée des services en ergothérapie. D'autres auteurs ont souligné cet aspect (Fitzgerald et Fortune, 2009; Mackenzie et Smith, 2011). Comme rapporté dans par Duffy et Nolan (2005), ce manque de connaissances au sujet de l'ergothérapie est une source de frustration importante tant chez les membres de la profession que pour leurs différents collègues. Ceci est exacerbé par la difficulté des participantes de clarifier la nature de l'ergothérapie et leur rôle à leurs collègues et à elles-mêmes. D'ailleurs, l'une des participantes a souligné la croyance que l'ergothérapie en santé mentale est abstraite et difficile à expliquer, contrairement aux domaines liés à la santé physique, qui seraient beaucoup plus concrets. Cette croyance est partagée par

plusieurs ergothérapeutes du domaine de la santé mentale (Duffy et Nolan, 2005). Puisque la définition de l'ergothérapie reste floue pour plusieurs collègues, ceci rend aussi difficile le partage des tâches et la collaboration entre les membres de l'équipe. En effet, les membres de l'équipe ne comprennent pas tous pourquoi, par exemple, l'ergothérapeute pourrait intervenir et qu'est-ce qu'elle ferait de différent de ses collègues. Ces enjeux sont aussi rapportés par Fitzgerald et Fortune (2009) ainsi que Mackenzie et Smith (2011). Presque toutes les participantes, qui venaient à cette époque de graduer d'universités différentes, ont dit avoir de la difficulté à expliquer clairement leur rôle à leurs collègues et n'étaient pas certaines du travail qu'elles devaient accomplir. L'étude de Duffy et Nolan (2005) démontre que cette problématique est présente ailleurs dans le monde. Y aurait-il des lacunes dans les programmes de formation, ou la profession entière aurait-elle de la difficulté à définir son identité?

7.5 Stratégies et leadership

Cette étude met en lumière les stratégies mises en place par les ergothérapeutes devant les éléments faisant obstacle à leur intégration. Ces stratégies naissent de l'interaction entre les dynamiques internes de l'équipe, les capacités personnelles des participantes et les événements concomitants à l'arrivée de l'ergothérapeute.

Le choix des stratégies et leur efficacité reflètent la contribution du leadership dans l'établissement d'une nouvelle profession au sein d'une équipe. En effet, on retrouve plusieurs qualités des leaders chez les participantes. Tout d'abord, le désir d'intégrer leur profession dans les équipes de santé mentale pour apporter des soins plus optimaux à la clientèle témoigne de la passion de ces ergothérapeutes pour leur profession. En effet, le désir d'offrir le maximum de services possibles et le fait de trouver des moyens d'y parvenir sont ce qui caractérise la passion selon McCormack et Jacobs (2011). Ces auteurs affirment même que cette qualité est fondamentale pour être un leader. Parmi les autres qualités des meneurs, on retrouve le souci de la qualité, soit celui de se baser sur des données probantes et les meilleures avancées dans le domaine pour fournir des services. En effet, plusieurs ergothérapeutes ont suggéré de

devenir un expert de son domaine en allant chercher de l'information et des formations, et de démontrer à leurs collègues qu'elles possèdent une pratique basée sur les données probantes. Avoir le sens des priorités est aussi une qualité essentielle pour être un leader (McCormack et Jacobs, 2011).

Certaines participantes ont aussi mentionné l'importance de prendre des tâches en fonction de leurs capacités et de ne pas essayer d'apporter des changements sur tous les fronts. Il faut cibler ce que l'on peut changer et se donner des objectifs adéquats. Selon McCormack et Jacobs (2011), c'est ce qu'on appelle avoir le souci de la qualité, et c'est une qualité partagée par les leaders. Avoir de bonnes habiletés de communication est un facteur important pour exercer son leadership, tout comme pour faire sa place dans un nouveau milieu de travail. Les participantes ont identifié plusieurs stratégies où la communication est la clé : les présentations, faire la promotion de son rôle pour obtenir des références lors des réunions, faire la promotion de ses succès, etc. Cette communication, alliée à de fortes habiletés interpersonnelles, est une qualité de leader selon McCormack et Jacobs (2011) et est aussi la clé pour développer des liens positifs avec son équipe. Cette stratégie a été soulignée par toutes les participantes comme un élément majeur à leur intégration. Celles-ci ont de plus souligné l'importance d'avoir un mentor qui les guide, c'est-à-dire de rechercher les conseils d'ergothérapeutes d'expérience, idée qui est aussi énoncée par McCormack et Jacobs (2011). Pour terminer, la pratique réflexive permet de vérifier si nos agissements sont en cohérence avec nos buts et sont respectueux des membres de notre équipe (McCormack et Jacobs, 2011). Cet élément est aussi l'une des stratégies mentionnées par les participantes de cette étude.

Les participantes qui présentent les habiletés nommées ci-dessus semblent avoir fait leur place avec un meilleur succès que les participantes qui en démontreraient un moins grand nombre. En effet, ces qualités se sont reflétées dans le choix de leurs stratégies d'intégration et dans leurs interactions avec leurs collègues. Brian et ses collaborateurs (2015) soulignent eux aussi dans leur étude que les ergothérapeutes

présentent des qualités professionnelles qui sont des qualités que l'on retrouve chez les leaders, telles que de fortes habiletés de communication et l'habileté à créer des relations positives avec leurs collègues et leurs clients. D'ailleurs, il est possible de lier les qualités de leaders présentées par les participantes avec les compétences exigées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012). En effet, les stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour faciliter leur intégration reflètent l'ensemble des compétences que l'on retrouve dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) (Figure 7). Voici quelques exemples : le désir de travailler en équipe et la négociation des territoires reflètent la compétence de « Collaborateur », la recherche de données probantes et le désir d'apprendre et de devenir un expert dans son domaine reflètent la compétence de « Praticien érudit », reconnaître ses limites personnelles et professionnelles reflète la compétence de « Professionnel », les présentations organisées et la participation aux réunions visant à promouvoir le rôle de l'ergothérapeute est lié à la compétence d' « Agent de changement », établir ses priorités et développer une pratique réflexive reflète la compétence de « Gestionnaire de la pratique », et finalement les habiletés de communication mentionnées sont liées à la compétence de « Communicateur » (ACE, 2012). Ainsi, on peut dire que les ergothérapeutes possèdent et cherchent à développer des compétences qui sont non seulement nécessaires pour devenir un expert dans l'habilitation de leurs clients à réaliser leurs occupations importantes, mais aussi nécessaires pour faire preuve de leadership. Cependant, est-ce que les ergothérapeutes perçoivent ces qualités professionnelles de cette façon? Sont-ils encouragés à faire preuve de leadership au cours de leur formation et de leurs stages? Est-ce que les ergothérapeutes promouvraient davantage leur rôle dans des milieux émergents s'ils avaient confiance en leurs qualités de leaders?



Figure 7 Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (tiré de Association canadienne des ergothérapeutes (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Repéré à <https://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>)

7.6 Limites de l'étude

Tout d'abord, l'étude comprend les témoignages d'ergothérapeutes ayant travaillé dans plusieurs types d'équipes, de milieux et de régions différentes, ce qui permet d'obtenir un échantillon varié. Cependant, les participantes n'ont pas toutes travaillé dans des équipes interdisciplinaires. Également, le faible échantillon ne permet pas une saturation des données, ce qui fait que le modèle proposé est incomplet et doit être utilisé avec prudence. Aussi, le fait que les données aient été analysées par une seule personne diminue la validité des résultats. Ainsi, l'objectif de l'étude qui est d'identifier les éléments qui influencent la mise en place d'un premier poste en ergothérapie dans les équipes en santé mentale n'est pas totalement atteint, puisqu'il est possible que certains éléments n'aient pas été identifiés pour toutes ces raisons.

7.7 Retombées

Cette étude présente quelques retombées cliniques. En effet, elle a permis d'identifier les obstacles possibles à l'intégration des ergothérapeutes dans une équipe en santé mentale. De plus, elle identifie des stratégies possibles afin que cette expérience soit un succès. Ces résultats pourraient aider certaines ergothérapeutes qui

s'apprêtent à vivre ou qui vivent actuellement une telle situation à mieux comprendre les dynamiques de leur équipe, à normaliser leur expérience et à trouver de nouvelles idées de stratégies. L'étude pourrait aussi guider les gestionnaires qui préparent l'arrivée d'un nouvel ergothérapeute dans une de leurs équipes afin que le déroulement de ces changements soit favorable à une collaboration optimale entre les membres de l'équipe. Également, l'étude met en évidence des aspects de la formation des ergothérapeutes susceptibles de mieux les préparer à faire leur place dans de nouveaux milieux, tels que : le leadership, l'identité professionnelle, la résolution de conflits et la communication. De plus, elle met en lumière la difficulté que connaissent les membres de la profession à définir leur identité professionnelle. Ainsi, elle identifie des éléments qui alimentent une réflexion sur la façon dont l'ergothérapie et son champ d'exercice en santé mentale sont présentés lors des cours universitaires ou dans le cadre des stages en santé mentale. En effet, les futurs ergothérapeutes sont-ils suffisamment outillés pour pratiquer de façon efficace dans ce domaine? Finalement, elle ouvre la porte à de nouvelles études afin d'approfondir la question.

8. CONCLUSION

Cette étude aura permis de dresser un premier portrait des éléments qui influencent l'intégration dans une équipe de santé mentale d'un premier poste en ergothérapie. Elle a de plus permis d'identifier les stratégies mises en place par les ergothérapeutes pour favoriser une collaboration interprofessionnelle positive et efficace avec leurs collègues. Il est apparu que les facteurs propres à l'ergothérapeute, les dynamiques déjà présentes dans les équipes, les événements concomitants, l'isolement professionnel et les règles formelles et informelles du milieu ont une influence sur le déroulement de l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe ainsi que sur les stratégies qui seront utilisées par celui-ci afin de favoriser son intégration. De plus, il semblerait que les ergothérapeutes ayant de fortes qualités de leadership rapportent une plus grande facilité à faire leur place dans leur nouvelle équipe.

Il serait pertinent de valider auprès d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes les résultats de cette étude. Cela permettrait de plus d'identifier d'autres éléments qui entrent en jeu dans leur intégration de déterminer lesquels ont un impact réellement significatif. De plus, de futures études pourraient évaluer l'efficacité des stratégies suggérées par les participantes et leurs habilités de leadership.

RÉFÉRENCES

- Anhédonie (20 novembre 2015). Dans *Psychomedia*. Repéré à : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/anhedonie>.
- Arbesman, M., D'Amico, M., Gibson, R. W., et Jaffe, L. (2011). Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 247-256. doi:10.5014/ajot.2011.001297
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré à <https://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>
- Avolition (19 octobre 2015). Dans *Psychomedia*. Repéré à <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/avolition>
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal, Québec : Les éditions transcontinentales.
- Barker Dunbar, S. (2009). *An occupational perspective on leadership : theoretical and practical dimensions*. Thorofare, N.J. : SLACK Inc.
- Bougie, C., Prevost, A.-P. (2008). Équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire, qui fait quoi ? *Le Médecin du Québec*, 43(11), 43-48. Repéré à <http://www.lemedecinduquebec.org/Media/99681/043-048drePrevost1108.pdf>
- Brian, H., Cook, S., Freeman, L., Killaspy, H., Mundy, T., et Taylor, D. (2015). Occupational therapists as change agents in multidisciplinary teams. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 547-555. doi:10.1177/0308022615586785
- Brunero, S., Kelly, M., et Lamont, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 129-135. doi:10.4276/030802210X12682330090532
- Brown, C. (2012). *Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Serious Mental Illness*. United States of America: AOTA Press.
- Brown, C. et Stoffel, V. C. (2011). Hospital-Based Mental Health Care. Dans *Occupational Therapy in Mental Health : A Vision for Participation*. Philadelphia : F.A. Davis Co.

Canadian Association of Occupational Therapists (2006). *Position Statement : Occupational Therapy and Primary Health Care*. Repéré à <https://www.caot.ca/pf/default.asp?pageid=188>

Carlsson, M., Ivarsson, A.-B., et Sidenvall, B. (2004). Performance of Occupations in Daily Life Among Individuals with Severe Mental Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(2), 33-50. doi:10.1300/J004v20n02_02

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte-Nord (2015). Réseau régional : où obtenir les services ? Repéré à : http://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/reseau_regional.html

Collaborative mental health care in Canada (2006). *The Collaborative mental health care Charter*. Repéré à : <http://www.sharedcare.ca/page.aspx?menu=69&app=266&cat1=739&tp=2&lk=no>

Duffy, R., et Nolan, P. (2005). A survey of the work of occupational therapists in inpatient mental health services. *Mental Health Practice*, 8(6), 36-41.

Éditeur officiel du Québec. (2015). *Code de déontologie des ergothérapeutes*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R113.htm

Fitzgerald, M. H., et Fortune, T. (2009). The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 81–88. doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00790.x

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : recommandations et synthèses pour politiques*. Repéré à <http://docplayer.fr/479835-Le-travail-en-equipe-dans-les-services-de-sante-promouvoir-un-travail-en-equipe-efficace-dans-les-services-de-sante-au-canada.html>

Foruzandeh, N., et Parvin, N. (2013). Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(1), 136-141. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x

Gouvernement du Québec (2015). Le Québec, portrait des régions : la Côte-Nord. Repéré à : <http://www.gouv.qc.ca/FR/LeQuebec/Pages/CoteNord.aspx>

Haertl, K., et Minato, M. (2006). Daily Occupations of Persons with Mental Illness.

Occupational Therapy in Mental Health, 22(1), 19-32.
doi:10.1300/J004v22n01_02

Hunt, J., Osborn, R., et Schermerhorn, J. R. (2010). *Comportement humain et organisation*. Saint-Laurent, Québec : ERPI

Institut de la statistique du Québec (2015). La Côte-Nord ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC). Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_09/region_09_00.htm

Institut de la statistique du Québec (2015). Nombre de médecins et de dentistes, régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2010-2014. Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/medecins.htm

Institut national de santé publique du Québec (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (Publication No. 1578). Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>

Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2016). Schizophrénie. Repéré à <http://www.iusmm.ca/sante-mentale/schizophrenie.html>

Kimball-Carpenter, A., et Smith, M. (2013) An Occupational Therapist's Interdisciplinary Approach to a Geriatric Psychiatry Activity Group: A Case Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(3), 293-298. doi: 10.1080/0164212X.2013.819731

Mackenzie, L., et Smith, E. (2011). How occupational therapists are perceived within inpatient mental health settings: The perceptions of seven Australian nurses. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 251–260. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00944.x

Maddock, A. (2015) Consensus or contention: an exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261. doi: 10.1080/13691457.2014.885884

McCormack, G.L. et Jacobs, k. (2011). *The occupational therapy manager*. Bethesda, Mar. : AOTA Press.

Office des professions (2013). *Projet de loi n°21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Repéré à http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2009). *L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne – Adulte*. Repéré à : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/SanteMentale_Adulte.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2012). *Rapport annuel 2011-2012*. Repéré à : https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports_annuels/RA_11-12_oct_2012_WEB-Final.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Repéré à : https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports_annuels/OEQ_RA_2014-2015.pdf

Organisation mondiale de la santé (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf

ANNEXE A
**LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA
PARTICIPATION À L'ÉTUDE**



LETTRE D'INFORMATION

Le développement de la pratique de l'ergothérapie en santé mentale

Maude Desrosiers,
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Lyne Desrosiers, Ph.D., psychothérapeute, professeure au département
d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Directrice de recherche

Votre participation à la recherche, qui vise décrire les éléments favorisant l'intégration d'un premier poste d'ergothérapeute au sein d'une équipe interdisciplinaire en santé mentale, serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire les stratégies mises en place par des ergothérapeutes ayant fait l'expérience d'implanter un premier poste dans un milieu, ainsi que tous les autres éléments qui leur ont permis de devenir un membre à part entière de l'équipe.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez

prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utiles.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue d'une heure visant à décrire votre expérience d'intégration dans une équipe multidisciplinaire de psychiatrie. Cette entrevue sera enregistrée et retranscrite en version électronique sur deux supports (clef USB et disque dur externe). Un rendez-vous sera fixé en fonction de votre horaire et se déroulera dans un lieu à votre convenance. Après l'analyse de ces données, il est possible que l'on vous recontacte afin de valider que les résultats correspondent à ce que vous avez désiré exprimer.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une heure, et les déplacements pour assister à l'entrevue demeurent les seuls inconvénients.

Bénéfices

Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation permettra de faire avancer les connaissances dans le domaine du travail interdisciplinaire en santé mentale.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée de la façon suivante : chaque participant se verra attribuer un nom fictif qui sera utilisé dans le texte écrit (essai de maîtrise), dans les retranscriptions des entrevues et lors de la présentation du projet de recherche en décembre 2016. De plus, les résultats de la recherche diffusés sous forme d'essai de maîtrise, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur un support électronique (deux copies, l'une conservée sur une clé USB et l'autre sur un disque dur externe). Ceux-ci seront conservés dans un local barré et pourront être utilisés seulement par l'étudiante réalisant la recherche ainsi que sa directrice de maîtrise. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites en février 2017 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. SI vous

retirez votre participation au cours de l'étude, les données que vous avez fournies seront détruites.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Maude Desrosiers, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, au numéro de téléphone X. Vous pouvez également la rejoindre par courriel à l'adresse suivante : X.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.07 a été émis le 31 mars 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Maude Desrosiers, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Le développement de la pratique de l'ergothérapie en santé mentale*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE B


CANEVAS D'ENTREVUE

Les questions suivantes visent à décrire votre expérience et identifier les facteurs qui ont facilité ou qui ont entravé votre intégration dans l'équipe. La discussion que nous aurons sera enregistrée, puis retranscrite en version électronique sans les informations nominatives. Vos réponses seront comparées à celles des autres participantes lors des analyses. L'entrevue durera environ 30 à 45 minutes.

1. Pouvez-vous décrire comment vous avez été embauché pour travailler à ... ?
2. Comment votre arrivée a-t-elle été préparée par le département?
3. Comment s'est déroulé le premier contact avec vos collègues?
4. Quelles sont les principales difficultés auxquelles vous avez fait face?
5. Quels sont les moyens que vous avez pris pour surmonter ces difficultés?
6. Quels ont été les éléments qui ont facilité votre intégration au sein de l'équipe?
7. Comment décririez-vous l'attitude de vos collègues à votre arrivée? Cette attitude a-t-elle évoluée avec le temps?
8. Y a-t-il eu une redéfinition des tâches de chacun, comment s'est déroulé cette dernière?
9. Considérez-vous que votre expérience a été un succès? Que feriez-vous de différent?

ANNEXE C

CERTIFICATION ÉTHIQUE



UQTR

Savoir.
Surprendre.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Le développement de la pratique de l'ergothérapie en santé mentale

Chercheurs : Maude Desrosiers
 Département d'ergothérapie

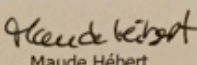
Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.07

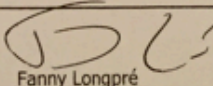
PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 01 avril 2016 au 01 avril 2017

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.



Maude Hébert
Présidente du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 01 avril 2016